

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

***INTERAGINDO COM GESTANTES DE ALTO RISCO EM SITUAÇÃO DE  
CRISE UTILIZANDO A TEORIA HUMANÍSTICA DE PATERSON E  
ZDERAD***

N.Cham. TCC UFSC ENF 0396  
Título: Interagindo com gestantes de alto  
risco em situação de crise utilizando a teoria  
  
972492505 Ac. 241700  
Ex.1 UFSC BS CCSM CCSM

**CAROLINA LUNARDI CUREAU  
FRANCINE MATTOS EVALDT  
GISELDA DA PIEDADE GIONEDES  
PATRÍCIA MARY FRITSCH HAIDUK**

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0396  
Ex.1

Florianópolis, 2003

**CAROLINA LUNARDI CUREAU  
FRANCINE DE MATTOS EVALDT  
GISELDA DA PIEDADE GIONEDES  
PATRÍCIA MARY FRITSCH HAIDUK**

***INTERAGINDO COM GESTANTES DE ALTO RISCO EM SITUAÇÃO DE  
CRISE UTILIZANDO A TEORIA HUMANÍSTICA DE PATERSON E  
ZDERAD***

*Trabalho de conclusão do Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina,  
apresentado à disciplina de Enfermagem Assistencial  
Aplicada.*

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Rosangela Maria Fenili  
**Supervisoras:** Enf<sup>ª</sup> Leticia Demarche Frutoso  
Enf<sup>ª</sup> Marlise T. Crestani de Souza

**Banca Examinadora:**  
Prof<sup>ª</sup> Rosangela Maria Fenili  
Enf<sup>ª</sup> Leticia Demarche Frutoso  
Enf<sup>ª</sup> Marlise T. Crestani de Souza  
Prof<sup>ª</sup> Maria de Fátima Mota Zampieri

Florianópolis, 2003

**“Ser humanista não é caminhar em direção ao  
outro, mas sim caminhar junto com o outro.”  
(Oliveira, 1998, p.24)**

## **AGRADECIMENTOS**

É chegado o momento de expressar e demonstrar nossa gratidão e reconhecimento àqueles que se permitiram estar presentes em nossa caminhada. Seja física, mental ou espiritualmente, da forma que lhes foi possível, estiveram conosco e em momento algum nos sentimos sós. Se aqui chegamos, só o fizemos porque tivemos com quem contar!

Durante toda nossa trajetória, houve sempre a certeza em cada uma de nós da existência de uma força divina, capaz de iluminar os momentos obscuros e que nos fez acreditar na possibilidade da conquista dos nossos sucessos pessoais. Nas ocasiões onde o apoio nos pareceu distante e alguns dos nossos objetivos inatingíveis, recorreremos, cada qual a sua maneira, a essa força única e essencial e que chamamos Deus.

São muitas as pessoas a quem queremos e devemos agradecer. Nominá-las seria temerário e imprudente, pois correríamos o risco da falibilidade de nossas mentes e poderíamos cometer alguma injustiça omissiva. No entanto, os nossos corações levarão os registros de nossa gratidão a todos; nossos pais, aqueles que amamos, aos amigos e colegas, a nossos mestres e mentores, às gestantes com quem tanto trocamos. A todos queremos repassar um aprendizado, inspiradas em Rui Barbosa: Hoje, apesar de pensarmos saber muitas coisas, ainda não aprendemos algo que seja tão eficiente e que possa substituir o simples, mas sincero MUITO OBRIGADO.

## RESUMO

O presente trabalho trata do relatório final de uma proposta assistencial da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desenvolvida no período de outubro a dezembro de 2002, na unidade de Alto Risco da Maternidade do Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes (HRSJHMG). Teve por finalidade prestar Assistência de Enfermagem, através da interação com gestantes de alto risco em situação de crise internadas, promovendo a melhoria do “bem-estar” e “estar melhor” das pacientes em Gestação de Alto Risco, utilizando-se da Teoria da Prática Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad. A operacionalização desta prática assistencial ocorreu através das etapas do processo de Enfermagem realizado e proposto por Oliveira (1998), que consiste de três etapas: Conhecimento Intuitivo, Conhecimento Científico e Fusão Intuitivo-Científico. Estas fases aconteceram simultaneamente, de forma sobreposta ou interligada. Ao término deste trabalho, concluímos ser de suma importância promover e semear, através de vivências e reflexões junto aos profissionais da equipe de Enfermagem, uma Assistência de Enfermagem Humanizada, baseada no potencial criativo, na intuição, sensibilidade, num contexto assistencial permeado por uma atmosfera de troca, respeito às individualidades e experiências pessoais dos seres envolvidos na relação do cuidado. ‡

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO.....</b>	<b>10</b>
<b>3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>13</b>
3.1 Gestação.....	13
3.2 Aspectos psicológicos da gravidez .....	14
3.3 Reações emocionais .....	19
3.4 Gestação de alto risco.....	21
3.4.1 Fatores predisponentes à gestação de alto risco .....	22
3.5 Aspectos psicológicos da gravidez de alto risco .....	24
3.6 Crise .....	25
3.7 Hospitalização .....	28
3.8 Intercorrências na gestação.....	29
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>63</b>
4.1 Marco conceitual .....	63
4.2 As teóricas .....	64
4.3 A Teoria Humanística de Paterson e Zderad.....	64
4.4 Situando os pressupostos da Teoria Humanística da Enfermagem.....	65
4.4.1 Elaborando outros pressupostos.....	66
4.5 Conceitos básicos.....	66
4.5.1 Elaborando outros conceitos.....	69
4.6 Processo de Enfermagem.....	70
<b>5 OBJETIVOS / ESTRATÉGIAS / AVALIAÇÃO.....</b>	<b>74</b>
5.1 Objetivo geral .....	74
5.2 Objetivo específicos.....	74
<b>6 APRESENTANDO RESULTADOS.....</b>	<b>77</b>

<b>7 CRONOGRAMA.....</b>	<b>116</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>124</b>
<b>9 SUGESTÕES.....</b>	<b>126</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>130</b>
Anexo A- Certificado.....	131
Anexo B- Requerimento.....	132
Anexo C- Parecer Final do Orientador.....	133

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata do relato da Prática Assistencial da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desenvolvido no período de 17 de outubro a 17 de dezembro de 2002, na unidade de Alto Risco da Maternidade do Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes (HRSJHMG), cumprindo a finalidade de prestar a Assistência de Enfermagem, através da interação com gestantes de alto risco em situação de crise, visando a promoção do “bem-estar” e “estar melhor” das pacientes, utilizando-se a Teoria da Prática Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad.

Durante as aulas teórico/ práticas do Curso de Graduação em Enfermagem, sentimos a necessidade e o desejo de desenvolvermos uma prática assistencial diferenciada daquelas por nós vivenciada nos campos de estágios. Embora isoladamente já venha sendo praticada uma assistência de enfermagem mais abrangente e holística por parte de alguns profissionais de saúde, percebemos que esta não é a regra. Partindo desta constatação, entendemos que no momento tínhamos em nossas mãos a oportunidade de sermos multiplicadoras desta forma de ser, pensar, estar e agir, como colaboradoras no processo do cuidado.

A escolha do local se deu principalmente pelo fato de ainda não existir implantada uma Política de Assistência Humanizada neste hospital, além do interesse do grupo em conhecer outra realidade institucional.

Com base numa teoria que valoriza o ser humano e suas relações, prestamos o cuidado direcionado às gestantes que apresentaram intercorrências na gravidez, tendo em vista que esta condição predispõe as mesmas a vivenciar momentos de crise (ansiedade, medo, angústia, tensões, dúvidas, e outros).



A gravidez pode ser encarada como um período de transição existencial, parte do processo normal do desenvolvimento do universo feminino ou pode vir a ser um período de crise, transformando-se em um quadro dramático e desestabilizador, tanto para a gestante quanto para àqueles que a cercam.

Mudanças no comportamento da gestante de alto risco podem ocorrer em decorrência dos riscos materno-fetais, da hospitalização e dos cuidados a que será submetida. Junto a este momento, na maioria das vezes inesperado, fortes componentes psicológicos e emocionais podem emergir, trazendo à tona um estado de desconforto subjetivo, seguido de inabilidade e/ou inexperiência temporária para lidar com esta situação, relacionado ao momento de mudança e de ameaça à vida, caracterizando um estado de crise.

É neste contexto de fragilidade biopsicosócio-espiritual, que a gestante necessitará, além do cuidado prestado de forma rotineira, de uma Assistência de Enfermagem voltada ao acolhimento, que lhe proporcione e ofereça atenção, suporte e apoio emocional. E assim, proporcionamos às gestantes uma possibilidade de adaptação interna e externa, de aprender a lidar com a nova situação de vida, de buscar a melhoria de sua condição de saúde, através da própria vivência, aceitação ou transformação do momento de crise ao qual estavam vivenciando.

## **2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO**

Este trabalho foi desenvolvido numa instituição hospitalar do município de São José, Santa Catarina, com gestantes de alto risco em situação de crise. Para tanto escolhemos a Unidade Obstétrica do HRSJHMG, que está situado na Av. Adolfo Donato da Silva, s/nº, Bairro Praia Comprida, no município de São José, Santa Catarina.

Conforme informações colhidas junto à direção do HRSJHMG, é um hospital público, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde (SES). Inaugurado em 25 de fevereiro de 1987, com uma área construída de 25.000 m<sup>2</sup>, onde inicialmente foram ativados 36 leitos especialmente a Obstetrícia e, gradativamente, outros setores foram sendo ativados. É caracterizado por ser um Hospital Geral, com 271 leitos de internação contemplando atendimentos nas áreas: Ambulatorial; Emergência Geral, Ortopédica e Pediátrica; Cirurgia Geral, Vascular e Plástica; Clínica Médica; Ginecologia e Obstetrícia; Neonatologia; Ortopedia, Oftalmologia; Urologia e UTI; prestando atendimento multidisciplinar de nível terciário abrangendo todo o Estado de Santa Catarina.

Vem evoluindo no atendimento cirúrgico e de partos, possivelmente pela demanda, sua localização geográfica próxima à BR 101, bem como pela migração de outros centros, e ainda pelas técnicas utilizadas, dada a complexidade dos atendimentos que lhe passaram a ser propostos.

Para um rápido dimensionamento, sua área construída é equivalente a um conjunto habitacional de 500 casas de 50 m<sup>2</sup>; diariamente são lavados 2300 Kg de roupas; mensalmente são servidas 75000 refeições; seu atendimento mensal total é em média de 25491; 1245 pacientes internados e 1952 procedimentos cirúrgicos; nas suas emergências (Geral, Pediátrica, Oftalmológica e Obstétrica) são atendidos mensalmente 18810 pacientes;

seu Ambulatório Geral atende em média 5500 pacientes por mês; e o movimento financeiro é de aproximadamente de R\$ 2,300.000,00. Assim exposto podemos avaliar a complexidade da instituição.

A Unidade de Obstetrícia do HRSJHMG está localizada no 4º andar, se divide em 4ºA e B, possuindo 36 leitos para internação, destinados à assistência de alojamento conjunto, gestantes de alto risco, cirurgias ginecológicas e cirurgias pediátricas especializadas em oftalmologia e otorrinolaringologia.

O HRSJHMG está construindo um novo Centro Obstétrico e Neonatal, com mais de cinco salas de pré-parto, Centro Cirúrgico exclusivo para realização de cesarianas e curetagens, Emergência Obstétrica contendo dois consultórios médicos, uma sala de exame ultrassonográfico e uma sala de observação com cinco leitos. Também há uma ampla área para a Neonatologia com dez leitos de UTI, oito leitos de cuidados semi-intensivos, dez leitos de cuidados intermediários, três leitos de isolamento e dois de observação.

Atualmente, realizam-se 370 partos por mês no hospital e, com o novo Centro Obstétrico, a meta é passar a fazer 600 partos no mesmo período.

A Unidade de Obstetrícia possui um total de 56 funcionários, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares, sendo que destes, 5 (cinco) são enfermeiros e 45 (quarenta e cinco) auxiliares e técnicos de Enfermagem. A jornada de trabalho dos funcionários é de 30 horas semanais, sendo divididos em turnos de 12 por 48 horas. Por turno (manhã e tarde) as unidades (4º A e B) ficam sob a supervisão e assistência de uma enfermeira e três a quatro integrantes da equipe de Enfermagem (técnico e auxiliares) para cada unidade. As atribuições de cada integrante da equipe de Enfermagem (técnico e auxiliares) são distribuídas em escala semanal, com rodízio entre as mesmas. Há dois esquemas assim distribuídos: com **quatro** funcionários, o funcionário 1 fica responsável pelos quartos-14, 15, 16, 4 + rouparia + sala de lanche; o 2 fica responsável pelos quartos- 3, 11, 12, 13 + expurgo; o 3 fica responsável pelos quartos- 2, 8, 9, 10 + troca de materiais + sala de exames; e, o 4 fica responsável pelos quartos- 1, 5, 6, 7 + posto de Enfermagem; e, com **três** funcionários, o funcionário 1 fica responsável pelos quartos- 1, 4, 14, 15, 16 + rouparia + sala de lanche; o 2 fica responsável pelos quartos- 3, 6, 11, 12, 13 + expurgo; o 3 fica responsável pelos quartos- 2, 7, 8, 9, 10 + troca de materiais + sala de exames; o posto de Enfermagem fica sob os cuidados dos 3 funcionários. Sua estrutura física é composta de: 1 Posto de Enfermagem; 1 sala de prescrição; 1 sala de exames; 1 copa; 1 sala de lanche; 1 sala de almoxarifado; 1 rouparia; 1

expurgo; 2 banheiros (um para funcionários e outro para visitantes); e, 16 quartos (nem todos estão ativados; alguns têm 2 leitos, outros 4).

Na unidade 4º A, onde são atendidas as gestantes de alto risco, atualmente não há um número determinado de leitos, assim a unidade atende conforme a demanda. Porém, há a intenção de manter, rotineiramente, 12 leitos para gestação de alto risco. Durante o período de internação da gestante de alto risco, é permitido a presença de um acompanhante.

A Unidade de Obstetrícia não utiliza um modelo assistencial de Enfermagem, nem tem uma sistematização de registro nos prontuários. A única forma de registro é o Relatório de Enfermagem das 24h de cuidados prestados por toda equipe de Enfermagem e que é usado por toda equipe de saúde.

O Projeto Assistencial proposto inseriu-se de forma a contribuir no trabalho da Enfermagem, sobretudo porque foi ao encontro dos projetos da Unidade Obstétrica, como o de implementação do programa de humanização no processo de nascimento e a reestruturação do processo de trabalho multidisciplinar.

### **3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

#### **3.1 Gestação**

Entendemos que a gestação é um processo complexo, multidimensional que envolve transformações psíquicas, culturais, sociais, emocionais e biológicas.

Conforme Zugaib; Tedesco e Quayle (1997), a gravidez quando aceita, geralmente, libera grande euforia e prazer pela resolução de uma necessidade básica vinda do próprio instinto do ser humano; reafirmando a concretização do seu papel biológico, o de procriar. Porém, na prática esta situação parece ser menos simplista quanto deveria, visto que a mulher da atualidade está cada vez mais afastada de seus instintos e mais próxima dos comportamentos considerados pela cultura, como mais apropriados, que acabam bloqueando a espontaneidade e euforia, substituindo-as, na maioria das vezes, por ansiedade e angústia.

Para os mesmos autores, a mulher dos nossos tempos tende a vivenciar a gestação não apenas como uma limitação física temporária, mas como uma perspectiva de uma limitação existencial permanente; ainda que a realidade tenda a ser mais no sentido de adiamentos do que propriamente perdas definitivas. Tal visão tende a ser percebida muito tempo depois de terminada a gestação.

Para Rezende (1995) a gestação é um episódio fisiológico na vida normal da mulher. O organismo feminino lentamente vai se preparando e se adaptando ao longo de modificações gerais e locais, passando do período da puberdade à maturidade sexual, na qual a mulher grávida deverá experimentar mudanças fisiológicas e um aumento da sobrecarga imposta ao funcionamento dos órgãos, imprimindo a alguns deles marcas indeléveis de sua passagem e a outras modificações apenas transitórias que desaparecem ao fim da involução puerperal.

Acreditamos que as mudanças do papel da mulher no contexto social são fenômenos complexos que não podem ser entendidos isoladamente, cabendo a nós enquanto profissionais da saúde buscar alternativas para oferecer um cuidado adequado, visando possibilitar a adaptação e atenção às mudanças de seu meio, tempo e espaço, para exercer nossa função respeitando as realidades de cada ser humano. Este cuidado inicia-se já no período pré-gestacional.

Na maioria das vezes fica difícil definir o início da gestação e há divergências em fixá-lo. Alguns biólogos acreditam que a gravidez começa a partir da nidação, outros, sabido que a vitalidade do óvulo lançado nas trompas, após a postura, está limitada a poucas horas, inferem que o início da gravidez se determina com o início da época da ovulação. Para outros a gestação é considerada como sendo o espaço de tempo decorrido da fertilização do óvulo até o desencadeamento do parto. Neste período, grandes e importantes interações hormonais desencadeiam-se; a interferência da placenta motiva completa reacomodação da endocrinia feminina; assim, os grandiosos fenômenos que acontecem permitem caracterizar a gravidez como uma síndrome geral de adaptação (REZENDE, 1995).

Para o mesmo autor, a gravidez humana dura, conforme os textos clássicos, 10 meses lunares, 9 meses solares, 40 semanas, 280 dias. Porém, não se pode ter uma precisão quanto a isto. A deflagração do trabalho parturiente, abstraída a fase preparatória do pré-parto, exhibe-se por sintomatologia ostensiva e marca o fim da gravidez, embora o ciclo gestatório, grávido-puerperal ou grávidico, só se encerre ao final das modificações regressivas do sobre-parto.

### **3.2 Aspectos psicológicos da gravidez**

Segundo Ávila apud Maldonado; Nahaum e Disckein (1990), a gravidez, assim com todas as suas repercussões na vida da mulher e naqueles que a cercam, são vivenciadas de forma única por cada organismo, cada mulher e cada família. A notícia da gravidez e o processo de gestação, o parto e puerpério constituem situações muito importantes, que além de promoverem profundas alterações físicas no corpo feminino, desencadeiam alterações emocionais e psicológicas frente à perspectiva do nascimento. Na gestação a mulher revive emocionalmente sua história de vida, sentimentos antigos relacionados com sua infância, sua adolescência, outros partos, o seu próprio nascimento, podendo passar por uma desorganização emocional temporária, que poderá lhe permitir alcançar um amadurecimento, compreensão e aceitação de seus conflitos, desde que esteja aberta a crescer e receber ajuda.

Para a mesma autora, o contexto em que ocorre uma gravidez exercerá grande influência nas vivências emocionais da gestante neste período, sendo que a maioria delas atravessará o período gravídico e puerperal sem maiores transtornos emocionais. Apenas para algumas mulheres o parto e o puerpério desencadearão alguma doença mental latente, que encontrando reforço no ambiente, se instala.

Conforme Tedesco (1999), a gravidez representa uma afirmação ou o desenvolvimento da identidade sexual, da feminilidade e da auto-estima, em que se perde a condição de filha e ganha-se a de mãe. Além disso, a gravidez impõe um desafio emocional muito grande, pois, junto ao conteúdo intrapsíquico preexistente (vivências emocionais anteriores acumuladas desde a vida intra-uterina, que determinam as características de personalidade e comportamento) sobrepõe-se aos próprios do estado gravídico (inclusive os ambientais), onde freqüentemente geram fortes componentes emocionais, permeando todo o período gravídico, que podem vir a desenvolver alterações emocionais.

Reforçando o entendimento de Ávila apud Maldonado, Nahaum e Disckein (1990), acreditamos ser necessário considerar os vários fatores que caracterizam os aspectos psicológicos da gravidez, tais como a história pessoal e familiar da grávida, as características de evolução desta gravidez e o contexto sócio econômico em que a gestante está inserida e participa.

Dentro deste enfoque, Maldonado; Nahaum e Disckein (1990), Soifer (1984) e Tedesco (1999) dividem em três períodos específicos o processo gestacional, analisando as manifestações emocionais e psicológicas da gestação em:

***Primeiro trimestre:***

A percepção da gravidez pode ocorrer antes da confirmação clínica e mudanças corporais podem ser captadas através da intuição. Há mulheres que só descobrem a gravidez no quarto ou quinto mês, ou porque tem pouca sintonia com o próprio corpo e negam a existência das transformações da gestação, ou porque na sua história ginecológica há episódios de amenorréia prolongada. É a partir do momento da percepção da gravidez que se inicia a formação da relação materno filial e das condições da rede de intercomunicação familiar.

Esta fase do diagnóstico ou confirmação, caracteriza-se inicialmente por uma regressão (volta ao período da evolução psicosssexual, mantido no inconsciente), que representa inconscientemente a volta ao narcisismo primário e decorre da percepção, ainda não

consciente, das mudanças hormonais e orgânicas que se iniciam, aliada ao desconhecimento do seu significado. Por consequência, a grávida adota como mecanismo de defesa o afastamento dos estímulos internos e externos, buscando o retraimento e a sonolência.

Neste período ocorre uma série de sentimentos e manifestações físicas que sinalizam as alterações emocionais e psicológicas do processo gestacional.

#### ▪ *Ambivalência afetiva*

É comum a labilidade emocional em decorrência do querer e do não querer. A gravidez implica em uma perspectiva de grandes mudanças envolvendo perdas e ganhos, justificando a existência de sentimentos opostos, como a dúvida de estar e não estar grávida, levando a misturas de sentimentos que podem variar de alegria até a franca rejeição.

#### ▪ *Hipersonia*

A mulher sente que necessita dormir muito mais que o habitual, sintoma este que se constitui uma defesa biológica adequada, que proporciona ao organismo uma quota maior de repouso, necessária para o trabalho que se inicia. Do ponto de vista psicológico a necessidade de dormir corresponde a uma regressão, que assume características de uma identificação fantasiada da gestante com o feto.

#### ▪ *Náuseas e Vômitos*

Clinicamente comprovado estes sintomas são coincidentes com a ansiedade determinada pela incerteza de existência ou não da gravidez. Com bastante frequência, após estabelecido o diagnóstico definitivo estes sintomas tendem a desaparecer. Outras vezes persistem em forma branda até a apreciação evidente das modificações corporais ou a percepção dos movimentos fetais. As náuseas e vômitos servem, portanto, para evidenciar a gestação. Um aspecto importante na psicopatologia das náuseas e vômitos é o temor gerado pela incapacidade de dar à luz e nutrir uma criança e no temor ao filho em geral, esse desconhecido.

#### ▪ *Desejos e aversões*

Vontade compulsiva e intensa por determinado alimento não especialmente desejado fora da gravidez. Aversões intensas por certos tipos de comida ou bebida, nunca sentidos anteriormente.



### ▪ *Aumento de apetite*

São mecanismos de auto-percepção, o feto é sentido como um parasita que suga as reservas da mãe, a qual passa a comer em excesso afim de compensar as perdas.

### ▪ *Oscilações de humor*

Podem estar ligadas às alterações do metabolismo e ao próprio esforço de adaptação a uma nova realidade, que envolve novas tarefas, responsabilidades, aprendizagens e descobertas.

### ▪ *Aumento da sensibilidade*

Intimamente ligado às oscilações de humor e a expressão de suas emoções.

### *Segundo trimestre:*

É considerado o mais estável do ponto de vista emocional, sendo que o impacto dos primeiros movimentos fetais é responsável por 85% das tendências a aceitação da gravidez. Instalam-se os sentimentos de personificação do feto. Nesse momento o estado da gravidez é evidente: o ventre se arredonda, os seios estão entumecidos, as mudanças corporais são visíveis.

Nesta fase, dois eventos de grande significado no contexto emocional da gravidez predominam: a percepção dos movimentos fetais e crescimento uterino. A partir deste momento, a gestante necessita se adaptar às mudanças da imagem corporal e a perceber seu filho como independente.

O investimento libídico em si mesma e a percepção do filho como ser independente, trazem conseqüências à intensificação da imagem idealizadora do filho, estimulando e aumentando assim, a ligação afetiva entre a gestante e o feto.

A **ansiedade** aparece conscientemente de várias formas: como temor ao filho disforme, como **medo** de morrer no parto ou como **angústia** do próprio corpo modificado e medo de permanecer assim. Este é um aspecto importante, em decorrência desta percepção surge o sentimento de estar sendo traída, base de muitas depressões e fantasias ciumentas a respeito do marido, seu possível afastamento e baixa da libido sexual.

### *Terceiro trimestre:*

O nível de **ansiedade** tende a elevar-se ainda mais com a proximidade do parto e da mudança de rotina após a chegada do bebê. Os sentimentos em geral são contraditórios, entre

a vontade de terminar a gravidez e simultaneamente a vontade de prolongá-la, tentando adiar a necessidade de fazer novas adaptações exigidas pela vinda do bebê. Os temores mais comuns estão associados ao **medo** de morrer no parto, de ficar com a vagina alargada, de ficar com os órgãos genitais dilacerados pelo parto, de não ter leite, de ficar presa e ter que mudar sua rotina de vida.

A grávida também passa a expressar emocionalmente a perda dos ganhos emocionais obtidos pelo investimento narcísico e do gratificante estado gravídico; podendo gerar temores que poderão se manifestar mais tardiamente sob a forma de depressão puerperal. Há ainda o temor da incapacidade de exercer o papel mãe, surgindo inconscientemente a competição com a própria mãe, no desempenho do papel maternal. A soma e a interação destes mecanismos ao longo da gravidez, pode resultar num componente básico de ansiedade, característica psicológica da gravidez.

#### • *Ansiedade*

De acordo com Kaplan e Sadock (1995), a ansiedade é um sentimento de apreensão desagradável, vago, acompanhado de sensações físicas como vazio ou frio no estômago ou espinha, opressão no peito, palpitações, transpirações, dor de cabeça ou falta de ar. Ela é um sinal de alerta, que adverte sobre os perigos iminentes, transformando-se em uma resposta a uma ameaça desconhecida e vaga. É caracterizada por sentimentos subjetivos de antecipação, temor ou apreensão, ou por um senso de desastre iminente ou morte, associado a vários graus de excitação autonômica e de reatividade.

Como a dor física, a ansiedade leva a alterações do comportamento exercendo um papel importante no aprendizado e adaptação do indivíduo. Entretanto a ansiedade severa pode desencadear um funcionamento desadaptado e perturbações psicológicas importantes.

Carlini (1992, p. 103) afirma que “O filósofo Epictetus que viveu no primeiro século d.c, cerca de 1.800 anos atrás, dizia: a ansiedade é uma experiência ou vivência universal. Ela não é um medo da doença, um medo da dor, ou o medo da morte, mas um medo do medo”.

Esta definição não difere muito daquelas de outros autores contemporâneos que definem a ansiedade como o medo do nada, o medo do não ser. Isso torna a ansiedade um apanágio da espécie humana, que a acompanha o tempo todo.

Para Zugaib; Tedesco e Quayle (1997), a ansiedade, assim como o estresse, teriam também funções adaptativas, relacionando-se com o que pode ser considerado verdadeiro equilíbrio mental. A ansiedade propriamente dita expressa-se como angústia, medo e pânico,

mesmo que cada uma delas permita a compreensão de diferentes aspectos da própria dinâmica da ansiedade. A angústia caracteriza a sensação de aperto retro-esternal, que freqüentemente a acompanha; pode ser caracterizada por fadigabilidade, desconforto, mal-estar, transpiração excessiva, palpitações, cefaléia, insônia, lombalgias, mais notadamente no sexo feminino, náuseas e vômitos. O medo é a ansiedade vinculada a uma representação psíquica, que parecerá fonte de seu sofrimento; é um estado evolutivo mórbido da ansiedade e da angústia. O pânico apresenta-se como forma aguda da ansiedade e extremamente violenta, com conseqüências desestruturantes da personalidade e impedimento dos mecanismos adaptativos de defesa psíquicas, além de interferir nas atividades normais e diárias do indivíduo.

### 3.3 Reações emocionais

Todas as culturas fazem uma clara distinção entre os problemas de ordem emocional e os de ordem intelectual, sendo que várias foram as tentativas de se definir emoção.

Marino Jr. (1975), em sua obra *Fisiologia das Emoções*, descreve e relata as definições e teorias mais aceitas. Menciona que emoção é uma reação aguda que envolve pronunciadas alterações somáticas, experimentada como uma sensação mais ou menos agitada, considerando que a emoção apresenta componentes fisiológicos, psicológicos e sociais.

Dentre inúmeras teorias que pretendem explicar as reações emocionais, a Teoria de Paul MacLean apud Marino Jr. (1975), conclui que a evolução do cérebro humano adquiriu novas estruturas, que foram adicionadas no decorrer da filogênese e entregou ao homem uma herança de três cérebros; o reptiliano, o límbico e o neocórtex, que atuando harmonicamente como um circuito é responsável pelo mecanismo de elaboração das funções centrais das emoções, bem como de suas expressões.

Conforme MacLean apud Marino Jr. (1975), é nesse complexo circuito do Sistema Límbico que tem início nossa função avaliadora da situação, fatos e eventos da vida, sempre levando em consideração vários elementos combinados, como a personalidade prévia, a experiência vivida, as circunstâncias atuais e as normas culturais.

Para Ballone (2001), os aspectos extremamente pessoais de resposta de um indivíduo frente a qualquer agente estressor, tendo em vista esta multifatorialidade de elementos que compõe uma resposta emocional, leva-nos a entender porque diante de situações semelhantes, os diversos indivíduos reagirão de forma diferente. O que é estressante para um, pode não ser

para outro. O modo de enfrentar cada situação é peculiar e particular, e essas aptidões pessoais são quem nos oferecem maiores ou menores opções de enfrentamento de determinada situação.

Sustenta o mesmo autor que a opção mais elaborada de enfrentamento seria aquela de encarar a situação conscientemente, objetivamente, podendo falar sobre ela, discutir, refletir, superando-a conforme as características e os recursos a disposição de cada indivíduo. No entanto, quando não é possível encarar essa situação objetivamente, seja pela falta de recursos da personalidade, seja pela inconsciência do problema, a tendência é de se lançar mão de recursos atípicos de enfrentamento. Para o autor a forma mental de enfrentar a situação estressora seria por exemplo, fantasiar, racionalizar, negar, rezar. Já a maneira emocional de enfrentamento seria o deprimir-se, agredir, culpar os outros ou culpar-se, chorar, gritar, e até mesmo uma maneira somática de enfrentamento representada pelo adoecer. De acordo com Ballone (2001) as manifestações fisiológicas e/ou somáticas que resultam da tentativa de adaptação frente a um estresse, podem ser entendidas como uma forma de falar ou de se expressar, sendo que quanto menos eficientes são os mecanismos mentais ou cognitivos de sentir, falar e agir, mais esse sistema somático será utilizado para expressar emoções.

Acompanhando a mesma linha de entendimento das reações emocionais considerando as manifestações corporais, trazemos o entendimento de Lowen (1970), para quem a palavra emoção significa movimento externo, para fora ou de fora, é um movimento emergente de um estado de excitação de prazer ou de dor. As emoções são definidas como reações fisiológicas do corpo ou como tipos de comportamentos que podem ou não ser adotados pela vontade.

As emoções podem ser divididas em dois grupos: emoções de bem estar (o amor, a simpatia e o afeto), apresentadas a partir da elaboração diferenciada da experiência e da antecipação do prazer; e, as emoções de emergência (o medo, a raiva e o ódio), surgindo da experiência e da antecipação da dor (RADO apud LOWEN, 1970).

“A memória e a antecipação desempenham papéis importantes na diferenciação entre as reações emocionais e as reações básicas de prazer-dor. Se sofrermos numa determinada situação, antecipamos um sofrimento semelhante se a situação se repetir. Antecipando a dor, iremos reagir com medo ou raiva, dependendo da direção de nosso movimento. Se fugirmos da situação, sentiremos medo; se enfrentarmos a situação numa tentativa de remover a ameaça de dor, experimentamos a raiva. Na ausência de memória e antecipação para

guiar o comportamento, a reação será determinada pelo efeito do contato direto com o objeto. O efeito agradável induzirá um movimento em direção ao objeto, o efeito doloroso nos fará recuar” (LOWEN, 1970, p. 160).

Concluimos, tendo em vista a revisão bibliográfica e autores acima mencionados que as reações emocionais são reações naturais, universais, e que têm uma finalidade positiva de adaptação à própria vida e toda sua complexidade. No entanto quando demasiadamente intensas e freqüentes elas podem vir a provocar alterações patológicas e/ou interferir no processo de cura, superação de problemas e agravamento de estados de crise, diminuindo a qualidade de vida e saúde das pessoas. A compreensão destes mecanismos humanos de expressão por parte dos profissionais da saúde, pode em muito contribuir para uma melhoria da assistência do cuidado.

### 3.4 Gestação de alto risco

Segundo Rezende (1995), as gestações com evolução desfavorável para o feto são denominadas como gestações de alto-risco. O conceito está intimamente associado ao risco fetal, da mesma forma pode-se estender ao prognóstico materno.

A gestação de alto risco implica em grandes transformações biopsicosócio-espirituais próprias do período gestacional, somadas as questões existenciais inerentes ao ser humano, que pode resultar num aumento de estresse devido aos riscos a que estão expostos mãe e filho; e assim, alterando a trajetória esperada da gestação (ZAMPIERI, 2002).

Dentro do pensamento da mesma autora, deve-se oportunizar à mulher com este tipo de gestação uma Assistência de Enfermagem que vislumbre o seu contexto global, percebendo-a como um todo e não somente sua problemática biológica relacionada à gravidez.

A gestação de alto risco compromete, desproporcionalmente, o feto. Existem inúmeras e complexas definições para o alto-risco. Vários fatores complicam a gravidez determinando alterações na placenta (enfartes, necroses, degenerações, e outros.), secundárias ao comprometimento da vascularização uterina, ocasionando uma série de complicações no sistema de trocas materno-fetal, caracterizando a insuficiência uteroplacentária. A importância do rastreamento e detecção precoce das gestantes de alto-risco deve ser enfatizada. É

intensamente recomendada a vigilância durante toda gestação, para assegurar a identificação e o tratamento precoce das condições anormais.

### 3.4.1 Fatores predisponentes à gestação de alto risco

Pelo fato da gravidez acontecer num corpo feminino que está inserido num contexto social onde a maternidade é quase que uma obrigação feminina, muitas vezes, a mesma sofre interferências de fatores econômicos, que acabam por atuar negativamente no processo de saúde e doença, configurando um padrão de adoecimento específico, ao qual entende-se por gestação de risco (BRASIL, 2000).

Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2000), foram implementadas atividades de normatização para o controle pré-natal dirigido às gestantes, a fim de que sejam utilizadas como um instrumento que permita identificar as gestantes no contexto amplo de suas vidas, detectando os riscos que cada uma delas possa estar exposta. A realidade epidemiológica local deverá ser considerada para dar maior ou menor relevância aos fatores mencionados neste instrumento. Desta forma, permitindo que se faça orientações e encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez.

#### *Fatores de risco na gravidez, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000):*

##### **1.Características Individuais e Condições Sócio-demográficas Desfavoráveis**

- Idade menor que 17 e maior que 35 anos ;
- Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade (menos de 5 anos);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor que 1,45 m;
- Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

##### **2.História Reprodutiva Anterior**

- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado;

- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Cirurgia uterina anterior.

### **3.Doença Obstétrica na Gravidez Atual**

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia;
- Eclâmpsia;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- o -Isoimunização;
- Óbito fetal.

### **4.Intercorrências Clínicas**

- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias;
- Hemopatias;
- Hipertensão arterial;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas;
- Doenças auto-imunes;
- Ginecopatias.

Entendemos que todos estes fatores de risco que podem vir a desencadear doenças, devem e podem ser detectados precocemente, durante a assistência à saúde que a gestante recebe na gravidez. O Pré-Natal é de extrema importância para a prevenção de problemas em todo o ciclo grávido-puerperal, contribuindo assim no bem-estar como um todo, tanto da gestante como do feto.

### 3.5 Aspectos psicológicos da gravidez de alto risco

A gravidez é uma fase de mudança nos aspectos físicos e emocionais, que afetam a mulher e suas relações. No caso de uma gestação de alto risco, a **ansiedade** tende a crescer. Surge o **medo** em relação à própria saúde e a do bebê, o receio de ter um filho malformado ou de ter complicações no parto. Além disso, a necessidade de um pré-natal especializado ou até de internações hospitalares durante a gravidez, também podem ser fatores de desequilíbrio emocional.

Para Tedesco (1999) a gravidez pode ser considerada como **crise psicológica** ou uma **crise de vida**, constituindo-se um momento de mudanças profundas e inter-relacionadas, seja no equilíbrio fisiológico e emocional, como nas associações interpessoais. Assim, a adaptação às condições psicológicas do estado gravídico, podem ser consideradas como aquisições das condições necessárias para completar tarefas ou estágios emocionais específicos.

Para algumas mulheres, a gestação pode ser bastante positiva por motivar o autocuidado e a superação das intercorrências surgidas na gravidez. Para outras, o rótulo de gestante de alto risco faz com que se sintam diferentes das demais gestantes, levando a uma diminuição da auto-estima. Há mulheres que ao receber diagnóstico de gestação de alto risco, sofrem um grande impacto, e passam ao sentimento inicial de descrença. Elas negam ou minimizam as complicações, desacatam recomendações e cuidados propostos pela equipe de saúde. Também é freqüente surgirem sentimentos como insegurança, isolamento e raiva, muitas vezes dirigidos à equipe de profissionais da saúde.

Em geral, a maioria dos conflitos advindos da gestação são situacionais e transitórios, decorrentes de condições orgânicas, psicológicas ou sociais, que somados a outros componentes emocionais, manifestam-se desequilíbrios maiores na frágil estrutura psicológica materna. Como exemplo, o que ocorre na gravidez de alto risco, em que se intensificam as dificuldades de adaptação emocional e a sensação de ser diferente, quando a gestante se depara com a condição de risco, resultando num sentimento de culpa, de insatisfação e incompetência, bem como medo, perda de controle, que culminam sob a forma exagerada de ansiedade (TEDESCO, 1999).

Conforme o mesmo autor, com a gestação de risco confirmada surge o medo como elemento preponderante, em relação ao que pode acontecer a si própria ou ao seu filho. Com isso, há uma predisposição à perda de controle sobre si mesma e à gestação, e ao isolamento,



pelo afloramento de sentimentos de culpa, incompetência (diminuição da auto-estima), de auto-censura e insatisfação, muitas vezes, agravados por sucessivas internações e prescrição de repouso. Nesta oportunidade pode surgir a negação como compensação para o estresse ou contra a ligação afetiva com o filho, expressada em descrença aos cuidados requeridos durante a gravidez de alto risco.

Em razão da complexidade que envolve a gestação de alto risco pensamos ser de suma importância para a gestante, que a equipe de saúde identifique as dificuldades que a mesma possa estar apresentando para lidar com a sua gravidez de alto risco, a fim de ajuda-la a compreender e aceitar sua condição de saúde, vindo a participar de forma mais ativa do seu processo terapêutico. É de vital importância que se coloque no lugar da gestante, se interaja e se aproxime desta e de sua família respeitando-os, sem prepotência e superioridade.

Neste sentido, concordamos com Tedesco (1999), de que para a maioria das gestantes a equipe é fria e distante, pois mantém um diálogo empobrecido de informações sobre o estado de saúde e cuidados a serem prestados; o que às vezes revela também um despreparo em lidar com as emoções da gestante emergidas da gestação, assim como da hospitalização; sendo de fundamental importância que esta equipe tenha um suporte emocional e psicológico, ao mesmo tempo cuidando de quem cuida e de quem é cuidado.

### 3.6 Crise

Conforme Zampieri (2002) com a hospitalização, uma das condutas indicadas para a monitoração da gestação de alto risco, pode surgir o aumento do **estado de crise**.

Não é o fato da mulher estar vivenciando uma gestação de alto risco que, necessariamente, a coloca numa condição vivencial de crise. Mas sim, a **maneira que lida com esta condição**.

Para Taylor (1992) a situação **emocional** descrita como **crise** tem como componentes desencadeadores o **significado** do evento para o indivíduo e a **incapacidade** de lidar com ele.

O desequilíbrio entre a **dificuldade e o valor** dado ao problema, são fatores importantes que influenciam na existência de uma crise (CAPLAN, 1980).

Portanto, acreditamos que a gestante de alto risco que receberá a Assistência de Enfermagem proposta, é quem sinalizará qual o significado para seu problema de saúde,

mostrando à equipe a dificuldade emocional e pessoal que possa estar enfrentando neste momento de vida.

Taylor (1992) refere que o estado de crise parece responder a uma situação de vida desagradável para a pessoa, de forma individualizada e auto-limitada, que pode não ter a mesma repercussão para outra pessoa com o mesmo problema. Em sua compreensão, esta situação pode durar de quatro a seis semanas, sendo resolvida na maioria dos casos neste mesmo tempo, ainda que nem sempre de um modo mais saudável.

Segundo Scóz (2001) crise pode ser um ponto de mudança e por si só não é um estado patológico e doentio; pode representar o esforço para alcançar o equilíbrio e adaptação à situação vivenciada, podendo ser tanto um risco à desorganização da personalidade, quanto uma **oportunidade para o crescimento** do ser humano.

Dentro do pensamento da mesma autora, crise refere-se a uma condição caracterizada por níveis de grande incômodo subjetivo, somado à inexperiência passageira por parte de quem esteja em crise para modificar a fonte estressora frente a uma mudança, ameaça ou perda, relacionadas a uma situação decorrente da vida.

Crise pode ser entendida como:

“um estado temporário de desequilíbrio em que a pessoa se encontra, por falha ocorrida nos mecanismos de defesa de enfrentamentos utilizados nas situações de conflito e por ela percebidas como insolúveis, emergentes na trajetória de vida. Pode trazer consequências benéficas (amadurecimento) ou maléficas (crescente vulnerabilidade ao transtorno mental), dependendo do suporte intra e interpessoal disponível no momento” (SCÓZ, 2001, p.69).

Cotidianamente, as pessoas deparam-se com situações que exigem a solução de problemas, em tempo mínimo, através de mecanismos e reações habituais, que demonstram um certo equilíbrio emocional individual (CAPLAN, 1980).

Para o mesmo autor, este equilíbrio pode ser alterado frente a um problema que acaba por modificar o funcionamento prévio do indivíduo. O organismo permanece tenso desde o **início até a solução** da situação, que geralmente se dá num espaço curto de tempo e dentro de um limite suportável à tensão. Já numa crise, este evento é exagerado, principalmente porque as forças reequilibradoras usuais se tornam insuficientes quanto ao tempo.

Quando a crise está ligada mais a uma fonte externa que interna de estresse, é classificada como situacional (SCÓZ, 2001). Refletindo, concluímos que a gravidez de alto risco é um exemplo deste tipo de crise.

Segundo Taylor (1992) um estado de crise pode atravessar várias fases diferentes de forma sobreposta, entre elas a **negação**, que por tratar-se de um mecanismo de defesa inconsciente é usada primeiramente com a intenção maior de proteger a pessoa em crise de um ataque súbito de ansiedade. Noutra fase, a da **desorganização**, a pessoa em crise se sente tomada pelo medo de perder a cabeça, sobretudo pelo aumento do estado ansioso. Na fase de **tentativa de reorganização**, a pessoa busca trazer para o presente experiências anteriores, como forma de resolver o problema que lhe esteja preocupando. Uma outra fase é a de **tentativa de fuga do problema**, usada geralmente quando as tentativas de reorganização falham, ocorrendo a projeção da responsabilidade aos outros que o cercam. A fase da **pseudo-resolução** caracteriza-se por acabar reprimindo a crise e impedindo que a pessoa aprenda algo com a experiência em si.

Neste contexto frente à crise, a pessoa pode ter uma sensação de ineficácia e impotência aliadas aos sentimentos de angústia, medo, culpa ou de vergonha; bem como a uma desorganização do seu funcionamento (CAPLAN, 1980).

Entendemos que a resolução da crise está intimamente ligada à forma como ela será vivenciada pela pessoa e pela conduta adotada pelos profissionais que se dispõem a tratar a pessoa em crise.

A intervenção precisa no momento de crise a fim de prevenir um comprometimento mental, pode auxiliar a pessoa a usar seus próprios recursos, buscando suporte em experiências anteriores, assim como descobrindo outros, também saudáveis e que possam promover a saúde (TAYLOR, 1992).

A Assistência de Enfermagem proposta neste estudo à gestante de alto risco não esteve centrada apenas no presente, mas no seu futuro também, de forma preventiva, vislumbrando contemplar e promover o bem-estar do feto e do futuro recém-nascido. A gestante foi estimulada a enfrentar sua situação de crise ativamente, buscando e vivenciando mecanismos de alívio de tensão causada pela crise propriamente dita.

“Algumas autoridades vêem uma crise como um catalisador que perturba os velhos hábitos, evoca novas respostas, e se torna importante fator para novas conquistas” (TAYLOR, 1992, p.372).

Zampieri (p.19, 2002) sublinha ainda que “[...] de vital importância é o suporte psicológico de que deve estar imbuída a assistência de enfermagem, estando sempre ao lado

da paciente [...] percebendo as reais necessidades e significados atribuídos a essa nova vivência [...]"

### 3.7 Hospitalização

Acreditando na potencialidade que a hospitalização tem para predispor a gestante a transtornos emocionais, contribuindo desta forma, para o desencadeamento ou agravamento do estado de crise, que buscamos estudar e refletir sobre a mesma.

✱ A **hospitalização** para a gestante, já comprometida física e emocionalmente por uma intercorrência clínica da gestação, representa um **fator de risco** a sua saúde mental, pelo afastamento do seu ambiente doméstico e a interrupção de suas atividades cotidianas, podendo se manifestar por uma intensa **ansiedade** (CHIATTONE apud GUIMARÃES, 1988).

✱ Ao ser internada, o modo como a gestante reagir frente à hospitalização poderá depender da preparação pessoal, das experiências anteriores com doenças, das suas condições emocionais, além do apoio tanto da família quanto da equipe de saúde. Cabe ao profissional desta equipe (geralmente o enfermeiro) proceder de forma acolhedora, mostrando-se sensível aos **aspectos e necessidades emocionais** envolvidos na admissão. Pois, a adaptação da gestante à nova condição (**hospitalização**) poderá ser influenciada, positiva ou negativamente, pela forma que for admitida na unidade hospitalar. Além disso, há três fatores que causam grande impacto sobre a paciente no momento da hospitalização: a **separação**, a **perda do controle** e o **trauma físico** (THOMPSON e ASHWILL, 1996).

» Para Tedesco (1999), a hospitalização é uma das fundamentais condutas frente ao tratamento da gestante de alto risco, ainda que a mesma passe a ser dependente da equipe de saúde e obrigada a respeitar as normas e rotinas hospitalares, muitas vezes reagindo de forma depressiva ou agressiva; podendo também, apresentar um estado de ansiedade intenso pela fragmentação da sua auto-imagem e separação da família. Por outro lado, a gestante poderá sentir-se mais segura por estar mais próxima da equipe caso apresente alteração desfavorável do seu quadro de saúde.

» Pensamos que um dos objetivos da Assistência de Enfermagem prestada às gestantes de alto risco, foi minimizar o sofrimento das mesmas, frente à hospitalização, proporcionando-

lhes um espaço para que fossem elementos ativos no processo de cuidar, valorizando a relação das mesmas com a equipe, através de uma Assistência Holística e Humanizada.

Segundo Chiattonne apud Guimarães (1988), faz-se necessário ter uma compreensão do ser humano (gestante), das suas necessidades, capacidades e desejos, a fim de se estabelecer uma relação profissional-paciente diferenciada das comumente encontradas no ambiente hospitalar.

A rigidez profissional, muitas vezes consequência do trabalho excessivo, a falta de humanidade e de bom-senso podem levar a uma desconsideração dos aspectos biopsicosócio-espirituais da gestante hospitalizada, fazendo com que se pareça ser uma peça a mais do hospital, além de tornar o ambiente de trabalho tenso, imbuído de uma tarefa que consiste em apenas cumprir normas e rotinas.

Para Angerami apud Guimarães (1988) a equipe de saúde ainda tem dificuldade em reconhecer e considerar as **necessidades emocionais e afetivas** da pessoa hospitalizada, deixando de manter uma relação de satisfação e prazer para ambos (profissionais e pacientes) e sobretudo de cuidar da saúde mental dos pacientes.

A doença seguida da hospitalização pode vir a ser um fator responsável por um desajustamento emocional, porque poderá provocar, precipitar ou agravar desequilíbrios psicológicos na pessoa internada (GUIMARÃES, 1988). Este quadro foi chamado de hospitalismo, descrito como sendo:

“A soma dos princípios que a pessoa humana recebe pelo fato de permanecer internada num hospital que leva em conta sua condição de enfermo, paciente ou condutor de doenças, porém marginaliza as determinantes de sua unidade estrutural biopsicossocial” (SPITZ, 1945, p.45 apud RANÑA, 1988, p.19).

### 3.8 Intercorrências na gestação

Escolhemos algumas intercorrências que podem caracterizar a gestação como de Alto Risco, considerando, sobretudo a incidência das mesmas.

**Êmese-Hiperêmese**, segundo Zugaib; Tedesco e Guayle (1997):

Náuseas e vômitos durante a gravidez têm seu primeiro registro há mais de 1000 a.C. e, mesmo assim, ainda não se conhece totalmente sua etiologia. Na civilização ocidental, a presença conjunta dos dois sintomas ocorre habitualmente em cerca de 50 a 70% das

gestantes, sendo de tal forma associados com a condição gravídica que não raramente auxiliam na detecção precoce da mesma. O termo *êmese gravídica* denotaria apenas a presença de náuseas, com eventuais vômitos, no início da gestação. Nomeia-se *hiperêmese*, quando o vômito é persistente após a décima-segunda semana de gestação e em especial além da décima-sexta, com alteração conseqüente do equilíbrio hidroeletrolítico e da nutrição. Tratando-se de dois aspectos ou quadros de uma mesma condição, o fenômeno, quando agravado, foi também chamado de *doença emetizante da gravidez*. Acredita-se que cerca de um terço das gestantes apresenta *êmese*, com náuseas e vômitos, outro terço tem apenas náusea e o terço restante está livre dos sintomas.

Considerando-se apenas os vômitos, estes incidiriam em cerca de 30 a 50% das gestações e teriam sua forma severa ocorrendo em apenas de 1 a 3 pacientes para cada 1000 gestações. Diminuída a incidência de *hiperêmese* nas últimas décadas e com bons recursos assistenciais atuais, parece ter passado a época em que ela causava preocupação ao ponto de ser interrompida a gravidez, como ocorria até os meados do século passado. Entretanto, por provocar ainda enorme impacto psicossocial na gestante, sua família, e ambiente assistencial, ela deve ser tratada com grande atenção em suas implicações de ordem psicológica.

A *hiperêmese* seria a síndrome psicossomática por excelência da gravidez, considerando os fatores psicológicos como desencadeantes na maioria dos casos ou agravando o quadro em outros. Realmente, ao lado dos demais fatores envolvidos, de natureza mecânica, endócrina, alérgica ou metabólica, os fatores psicológicos foram encontrados em cerca de 80% dos casos.

Quando os vômitos persistem além da décima-sexta semana existe necessidade de diagnóstico diferencial como outras etiologias. Entre estas são citadas: as doenças gastrintestinais (gastroenterite, apendicite, colecistopatia, hepatite, atrofia amarela aguda do fígado, pancreatite, hérnia hiatal e úlcera péptica); doenças metabólicas (cetoacidose diabética e tireotoxicose); doenças renais (cistite, pielonefrite, litíase e uremia), além de se considerar a existência de certos fármacos emetizantes.

Naturalmente, exames específicos permitirão facilmente a exclusão desses diagnósticos. Entretanto, mesmo quando confirmada a *hiperêmese gravídica*, os fatores psicológicos existentes devem ser cuidadosamente considerados.

A existência de mecanismos inconscientes do desencadeamento da *hiperêmese*, atesta a importância e influência exercida pela assistência aos aspectos emocionais. Assim pode-se entender o quadro emético como decorrente de um acoplamento entre as emoções, por

exemplo, decorrentes de uma gravidez não-desejada e o desequilíbrio endócrino próprio da gravidez, assim como a vida agitada da sociedade moderna e conflitos socioeconômicos.

Para Grelle apud Zugaib; Tedesco e Guayle (1997) falando especificamente das teorias psicanalíticas, compartilha a idéia de que o vômito poderia ser entendido simbolicamente como uma rejeição (eliminação) do feto, ao lado da localização dos sintomas na área digestiva por causa da confusão inconsciente entre as áreas digestiva e genital, dada a fantasia infantil da fecundação oral, revivida inconscientemente pela gestante.

Ramos apud Tedesco (1999), revisando a literatura obstétrica clássica anterior sobre o assunto, ressalta que vários estudos demonstram alterações devido à função sexual anormal, mulheres imaturas com extrema dependência materna, formas de rejeição inconsciente, conflitos de ordem social ou familiar que poderiam criar alterações psicopatológicas importantes antes ou durante a gravidez. Assim, uma certa atenção já se volta para fatores da personalidade preexistente ao desencadeamento do quadro, sendo relacionados tanto com a relação internalizada da gestante com a mãe, sua imaturidade emocional, como com alterações da sexualidade.

Para Pichon-Rivière apud Zugaib; Tedesco e Guayle (1997), todo o ser humano é sempre um ser que vive em relação com outros seres humanos, tanto interna quanto externamente. Neste enfoque ao tratar da gestante emética a equipe de saúde deve procurar considerar seus grupos: externo (social) e interno (familiar), para ter uma visão ampliada do seu processo de saúde-doença.

Ressaltamos que somente o enfoque individualizado não permite que se compreenda todo o complexo mecanismo das relações humanas que podem estimular ou mesmo manter a sintomatologia psicossomática da gestante. A primitiva relação internalizada com a mãe (do passado infantil) também pode desencadear inúmeros conflitos na gestante; assim como a relação atual plena de fantasias com esta nova figura significativa, a do feto. Ao lado disto, o pai da criança pode representar um importante fator de equilíbrio das angústias sofridas nessa nova identificação com o papel de mãe; já os pais reais da gestante quando vivos e presentes, também podem desempenhar papel de acolhimento na redução da ansiedade diante do desconhecido da gestação.

O centro do vômito, localizado na formação reticular da medula oblonga, recebe estímulos aferentes não apenas de vísceras irritadas ou distendidas, como também das representações corticais e subcorticais ligadas a imagens (olfativas e visuais) carregadas de

forte carga emocional, poderiam elas mesmas voltar a se sentir nauseadas dada a natural propensão gestacional para o sintoma. Por outro lado, como toda gestante está em processo de elaboração de sua própria ambivalência, o contado com a paciente hiperemética poderia fazê-las reviver sua própria angústia conflitiva. O resultado seria o afastamento e a reserva frente à paciente com vômitos gestacionais. Tudo ocorre como se a gestante emética, vítima de uma sintomatologia incômoda, assustadora para si mesma e sobre a qual não tem controle, acabasse sendo rejeitada por seu ambiente social.

O isolamento psicossocial tem sido assinalado como também uma das principais condições desencadeantes de hiperêmese. Assim vemos como o ambiente pode levar a uma manutenção da sintomatologia, ainda que dentro dos hospitais. Nesses casos, será então de extrema importância uma abordagem integrativa vinculada ao sintoma, principalmente a partir de uma atividade assistencial e se possível, grupal.

Entendemos que o trabalho integrado da equipe multiprofissional pode dar apoio e sustentação emocional à paciente hiperemética, ajudando a transformar seu entorno social, familiar e intra-hospitalar, de maneira a não intensificar a angústia de separação.

Os sintomas eméticos da gestação podem ser leves e moderados até os severos vômitos da hiperêmese, tendo os fatores psicológicos de ambivalência e processos identificatórios trans-gestacionais associados a todos eles.

Os movimentos regressivos e progressivos da personalidade feminina durante a crise gestacional, parte da psicodinâmica da gravidez, estão relacionados com altos níveis de ansiedade. Como consequência, o psiquismo procura assimilar, elaborar ou descarregar esses afetos ansiogênicos desagradáveis.

### ***Doença Hipertensiva Específica da Gestação ( DHEG )***

Segundo Neme (1995), a doença hipertensiva específica da gestação, é responsável por elevada morbiletalidade perinatal (5-20%), incidindo em cerca de 8% das primigestas. Atualmente, a DHEG apresenta-se como uma das três principais complicações do ciclo puerperal que levam a morte materna estando ao lado da infecção puerperal e das síndromes hemorrágicas. Três fatos justificam a preocupação com a DHEG: a incidência, a morbiletalidade materna e perinatal, e a possível profilaxia alcançada com uma assistência pré-natal adequada.

A DHEG surge em geral na segunda metade da gravidez e mais frequentemente, no seu terceiro trimestre. Caracteriza-se pelo aparecimento de hipertensão, edema e proteinúria. A



hipertensão pode ser precedida pelo edema visível ou oculto (com aumento brusco de peso) e, especialmente, por discreta proteinúria. Entretanto é a elevação da pressão arterial além de 140 x 90 mmHg ou o aumento dos níveis tensionais de 30mmHg para a pressão sistólica e de 15mmHg para pressão diastólica, o principal sintoma para a identificação da doença. Tais aumentos devem ser comprovados pelo menos duas vezes dentro de seis horas (NEME, 1995).

***Fatores extrínsecos ou não obstétricos***

- Nível socioeconômico: quanto mais baixo, maiores são as deficiências nutricionais e piores os hábitos de higiene, elevando 3 a 4 vezes a incidência de DHEG;
- Estação do ano: aumento da frequência nos meses de julho e agosto, quando, além do frio, é mais frequente a umidade atmosférica;
- Constituição física: a frequência é maior em mulheres de baixa estatura e obesas;
- Raça: mais comum na raça negra;
- Idade materna: primigestas com menos de 16 anos (adolescentes) e com mais de 40 anos;
- Hereditariedade: a incidência é maior em filhas e netas de mulheres pré-eclâmpticas ou eclâmpticas;
- Diabetes Mellitus: a obesidade e as alterações vasculares são responsáveis pela incidência de 24% da DHEG;
- Hipertensão arterial: a incidência da DHEG nos portadores de hipertensão arterial crônica varia entre 15 e 30% (GREGÓRIO, 1999).

***Fatores intrínsecos ou obstétricos***

- Paridade: é quase específica às primigestas, e raramente reincide em futuras gestações;
- Mola hidatiforme: a incidência da DHEG varia de 18 a 33%. O tecido trofoblástico é suficiente para provocar a doença;
- Gravidez múltipla e polidrâmico: ocorre um aumento na incidência de 4 a 5 vezes;
- Isoimunização Rh: aumenta a susceptibilidade da gestante em desencadear a DHEG (GREGÓRIO, 1999).

### ***Etiologia***

A etiologia permanece desconhecida, existem inúmeras teorias tentando explicá-la. No entanto, os novos conhecimentos mostram que as mesmas são improcedentes.

Como veremos na fisiopatologia, todas as alterações na DHEG são ocasionadas pelo espasmo arteriolar ou vasoespasmo. As teorias, através dos anos, procuraram explicar o fator responsável pelo mesmo. As mais aceitas, segundo Neme (1995) são:

- Placentação anormal;
- Fenômenos imunológicos;
- Anormalidades na coagulação;
- Adaptação cardiovascular anormal;
- Fatores dietéticos;
- Lesão vascular endotelial;
- Metabolismo prostaglandínico anormal.

### ***Fisiopatologia***

De acordo com Neme (1995), as alterações morfológicas funcionais no organismo da gestante portadora de DHEG têm como causa fundamental o espasmo arteriolar. Este determina perturbações circulatórias na parede vascular, reduzindo a irrigação dos vasos e, conseqüentemente, aumento da permeabilidade capilar (efeito imediato) e lesões do tipo esclerótico da parede vascular (efeito tardio). O grau e a extensão dessas lesões dependem da intensidade e do tempo de atuação do processo hipertensivo. Quando o espasmo é agudo e intenso, ocorre anóxia, podendo também haver necrose hemorrágica dos órgãos atingidos pelo processo, o fígado, as supras-renais e a hipófise. Se este se instala lenta e progressivamente, verifica-se redução no fluxo sanguíneo e no consumo de oxigênio nos diversos órgãos atingidos.

Para Gregório (1999) a DHEG resulta em algumas alterações:

- Alterações renais: apresenta lesão glomerular, que é reponsável pela proteinúria, devido à redução no fluxo plasmático e na filtração glomerular renal. São lesões reversíveis após o parto.
- Alterações cardiovasculares: o rendimento cardíaco varia inversamente em relação à resistência vascular. A hemoconcentração é comum em mulheres com eclâmpsia; a

expansão do volume intravascular, que ocorre normalmente na gravidez, não está presente ou aparece significativamente reduzida. Nestas mulheres, a hipertensão arterial pode se exacerbar e há risco de edema agudo de pulmão, decorrente da administração de líquidos como tentativa de expandir o volume sanguíneo.

- Alterações hepáticas: necrose hemorrágica focal na periferia do lóbulo hepático.
- Alterações cerebrais: edema, necrose hemorrágica ou hemorragia difusa, além dos trombos plaquetários intravasculares, que podem causar convulsões.
- Alterações sanguíneas: ocorre diminuição do volume plasmático, que acompanha a pressão arterial ascendente. Os casos graves de DHEG são caracterizados pela rápida elevação do hematócrito e redução da concentração de albumina.
- Alterações hidroeletrólíticas: a gestante com DHEG retém sódio e água em quantidade superior à da gestante normal, no entanto, a concentração sanguínea dos eletrólitos é fisiológica.
- Alterações uteroplacentárias: a circulação está reduzida em cerca de 40 a 60% dos casos, o que explica a incidência de grandes enfartes placentários, o crescimento retardado da placenta e seu descolamento prematuro. Estes são fatores determinantes do sofrimento fetal crônico e do número de óbito perinatal.

### ***Eclâmpsia e pré-eclâmpsia***

A DHEG está caracterizada pela tríade sintomática: hipertensão, edema e proteinúria. O surgimento desses sintomas em grávida normotensa ou o agravamento do quadro hipertensivo, após 20 semanas, sugerem, obrigatoriamente, a suspeita de pré-eclâmpsia.

Segundo Neme (1995) é fácil diagnosticar a pré-eclâmpsia quando os dados prévios relacionados à pressão arterial e ao exame de urina são normais. O surgimento da hipertensão, da proteinúria e do edema (ou aumento súbito de peso), sugerem fortemente a pré-eclâmpsia, no entanto, devem ser consideradas seis condições clínicas para estabelecer o diagnóstico diferencial: a glomerulonefrite aguda difusa, a pielonefrite crônica com reagudização, a nefrose, a glomerulonefrite crônica e o lupus eritematoso sistêmico.

Para Gregório (1999), a pré-eclâmpsia divide-se em leve/moderada e grave. A leve/moderada inicia-se com o aumento exagerado e súbito de peso (maior ou igual a 500g/semana), seguido de edema generalizado, hipertensão e, por fim, proteinúria (1+). Sendo a hipertensão o mais freqüente e importante dos sinais.

Conforme a mesma autora, na pré-eclâmpsia grave a pressão arterial, em geral, pode ser maior ou igual a 160/100mmHg. Esta se caracteriza pela presença de qualquer um dos sinais apresentados abaixo:

- pressão arterial maior ou igual a 160/100mmHg;
- proteinúria de 2+ ou 3+;
- oligúria (< 400 ml/24h);
- creatinina aumentada no soro (> 1,3 mg%);
- manifestações cerebrais (cefaléia, torpor, obnubilação) e visuais (turvação, escotomas, diplopia, amaurose);
- dor epigástrica;
- edema agudo de pulmão ou cianose;
- síndrome HELLP: hemólise (anemia hemolítica microangiopática), elevação de enzimas;

Um quadro de pré-eclâmpsia grave pode desencadear a eclâmpsia iminente, que está caracterizada quando surgem sintomas que predisõem o acidente convulsivo, tais como:

- manifestações cerebrais: estão relacionadas ao vasoespasmos e suas conseqüências (diminuição do afluxo sanguíneo, consumo de oxigênio reduzido, edema, hemorragias petequiais e cataclísmicas);
- manifestações visuais: o espasmo vascular é generalizado. Incide também nos vasos da retina, causando modificações dos fundos oculares. As manifestações visuais possuem graus variados, cuja representação máxima é a neuroretinite hipertensiva, observada também nas fases aguda e terminal da glomerulonefrite difusa e na nefroesclerose maligna;
- manifestações gastrointestinais: geralmente pode ocorrer episódios de náuseas, vômitos, dor epigástrica e icterícia, alguns (náuseas e vômitos) provavelmente, ligam-se às condições cerebrais (edema e hipóxia);
- manifestações renais: ocorre a proteinúria já referida anteriormente, como parte da tríade sintomática característica. Podem se verificar, ainda, oligúria e cilindrúria (GREGÓRIO, 1999).

Segundo a mesma autora, durante a gestação ocorre a retenção de líquido no espaço intersticial, sendo que cerca de 50% das gestantes apresentam algum edema. O edema que se mostra patológico seria aquele que se inicia nas últimas semanas de gravidez. Deve-se considerar duas formas de edema: o edema oculto e o edema visível. O primeiro caracteriza-se apenas pelo rápido aumento de peso. E o segundo, além da comprovação do aumento de peso, observa-se a formação de cacifo, ao comprimir-se a face anterior da tíbia. Para se estabelecer o diagnóstico diferencial, é preciso considerar as demais condições clínicas que levam à síndrome convulsiva ou estado de coma. Levando em consideração a frequência da eclâmpsia e a escassez dos dados anamnéticos, a síndrome convulsiva e comatosa na gestação é geralmente rotulada de eclâmpsia.

A crise convulsiva pode aparecer durante a gestação (50% dos casos), no decorrer do parto (25%) ou no puerpério (25%). No pós-parto, após 72 horas, caracteriza a eclâmpsia tardia. Estas crises apresentam quatro fases: fase de invasão, de contrações tônicas, de contrações clônicas e de coma (NEME, 1995).

Segundo Gregório (1999), na eclâmpsia, a sintomatologia descrita anteriormente para pré-eclâmpsia leve e grave, soma-se a convulsão, podendo ser seguida do coma. Pode também ocorrer o aparecimento de alterações respiratórias, taquicardia e hiperemia. Nos casos graves, com lesão hepática, surge a icterícia, e naqueles com insuficiência renal aguda, aparece a anúria, a hematúria e a hemoglobinúria.

A convulsão pode ser ou não, precedida de grito ou aura que configuram a fase de invasão, caracterizada por fibrilações dos músculos da face, pálpebras e lábios, a boca entreabre com repuxamento de uma das comissuras, a língua projeta-se para fora e dilatam-se as narinas. Os globos oculares se agitam desordenadamente. A fase de contrações tônicas não excede 22 segundos de duração. Tetaniza-se todo o corpo, enrijecem-se os músculos, fechando a boca, os olhos permanecem fixos e voltados para cima; as pupilas dilatadas ao máximo, não reagentes à luz. A gravidade do ataque eclâmtico depende da sua intensidade e duração. A fase de contrações clônicas dura perto de 1 minuto, começa com inspiração profunda, seguida de expiração estertorosa, com eliminação de secreções mucosanguinolentas por efeito de ferimento da língua. As contrações são violentas e repetidas, atingindo principalmente os músculos dos membros superiores. Ocorre incontinência de fezes e urina e apresenta suor abundante (GREGÓRIO, 1999).

### ***Diagnóstico***

Segundo Neme (1995), o diagnóstico da DHEG é sugerido sempre que ao se examinar as gestantes normotensas, desde a primeira metade da gravidez, aparecer hipertensão, após a 24ª semana de gravidez. Se a gestante é vista apenas depois desse período, há possibilidade de outros distúrbios hipertensivos não relacionados à DHEG, dificultando ou impossibilitando o diagnóstico clínico.

Discorre ainda o mesmo autor, que o diagnóstico é baseado na sintomatologia apresentada em cada forma clínica. Além disso, quando necessário, utiliza-se exames complementares importantes como: o teste de Grant (Rollover test) ou teste de hipertensão supina, o exame do fundo dos olhos e o Doppler.

### ***Prognóstico***

**Materno:** o prognóstico está vinculado à presença de crise convulsiva. A mortalidade materna, na eclâmpsia, gira em torno de 10 a 15%, enquanto na pré-eclâmpsia dificilmente ocorre óbito. As principais causas de morte na eclâmpsia são a hemorragia cerebral, responsável por 60% dos óbitos, e o edema agudo de pulmão. A DHEG não costuma determinar seqüelas definitivas na mulher, sendo que geralmente a recuperação ocorre dentro de oito semanas pós-parto (NEME, 1995).

**Fetal:** as alterações uteroplacentárias levam ao sofrimento crônico do conceito, retardo do crescimento intra-uterino e pode ocorrer morte intra-uterina. A mortalidade perinatal na pré-eclâmpsia é de 5 a 15%, e na eclâmpsia é de 30 a 35%. Os neonatos são de baixo peso (NEME, 1995).

### ***Tratamento***

Segundo Neme (1995), a pré-eclâmpsia leve e moderada deve dispor de tratamento ambulatorial, sendo que as consultas devem ser feitas semanalmente.

Medidas a serem adotadas:

- avaliação clínica laboratorial;
- avaliação da vitalidade fetal;
- repouso no leito em DLE: este recurso é utilizado visando melhorar o fluxo sanguíneo renal e uteroplacentário;
- sedação oral: com diazepínicos ou barbitúricos para auxiliar no repouso da paciente;

- hipotensores: podem reduzir a perfusão uteroplacentária. Utiliza-se a hidrazinoftalazina que age mais sobre a pressão diastólica, aumenta o débito cardíaco e favorece o fluxo sanguíneo renal, cerebral e uteroplacentário.

Para o mesmo autor, a pré-eclâmpsia grave deve dispor de tratamento hospitalar.

Medidas a serem adotadas:

- as mesmas indicadas na pré-eclâmpsia leve ou moderada;
- prevenção de convulsão;
- hipotensor parenteral (manter pressão diastólica = 90 – 100).

Reforça Neme (1995), que na eclâmpsia, não importando a idade gestacional, é indicado a interrupção da gravidez, após a estabilização do quadro, que pode levar de 4 a 6 horas. Às vezes, antes da interrupção da gravidez, será necessário acelerar a maturidade pulmonar fetal com corticosteróides.

Medidas a serem tomadas:

- as medidas indicadas nas outras formas clínicas;
- prevenir ou controlar a convulsão.

Entendemos que os cuidados específicos a DHEG (Eclâmpsia e Pré-Eclâmpsia) podem repercutir de forma significativa no estado emocional da gestante, mais especificamente ao que se refere à necessidade e indicação de repouso absoluto e relativo (em alguns casos), assim, potencializando seu grau de ansiedade. Cabe à equipe estar sensível e atenta as suas manifestações, auxiliando-a na compreensão e conseqüente aceitação deste cuidado.

### ***Trabalho de Parto Prematuro (TPP)***

✱ Segundo Santos (1999), o trabalho de parto prematuro (TPP) ou pré-termo tem sido uma das maiores complicações na área reprodutiva. Embora nas últimas décadas tenha havido uma marcada diminuição nas taxas de mortalidade fetal, neonatal e materna, a incidência do TPP tem permanecido constante. A diminuição da mortalidade perinatal se dá devido muito mais às melhorias das unidades de tratamento neonatais, do que às tentativas de impedir o TPP.

✱ Ziegel e Cranley (1985) definem o trabalho de parto prematuro como o trabalho de parto que ocorre antes da 37ª semana de gestação. A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica como pré-termo o parto que ocorre após a 20ª semana e antes da 37ª semana de gestação. De acordo com esse critério cronológico, o feto é chamado de pré-termo. No

entanto, esse critério está sujeito à falhas, pois com frequência a gestante não tem certeza ou desconhece a data da última menstruação. Os exames clínicos e neurológicos do recém-nascido (RN) é que asseguram o diagnóstico correto de sua idade após o nascimento.

Conforme as mesmas autoras, o mecanismo exato que leva ao desencadeamento do TPP é desconhecido, porém certas complicações obstétricas são consideradas como fatores predisponentes. Algumas vezes faz-se necessário interromper a gestação antes do termo, pois o meio uterino se torna desfavorável para o feto.

Colocam também, que as evidências de que o sinal para o trabalho de parto é dado pelo feto, parecem aumentar a cada dia. Isto ocorre, provavelmente em função de alguma informação codificada geneticamente que diz ao feto que a nutrição está tornando-se limitada e que uma modificação no seu meio ambiente é necessária para a continuação da sua vida e bem-estar.

### **Epidemiologia**

Para Santos (1999), a etiologia do TPP é complexa e pouco compreendida. Em alguns casos ocorre aparentemente sem razão, enquanto que, em outros, está associada a causas específicas como incompetência istmo cervical, gestação múltipla, placenta prévia e malformação congênita.

O mecanismo exato que inicia o trabalho de parto normal permanece, entretanto, desconhecido. Por essa razão, fica difícil estabelecer nitidamente os fatores que iniciam o trabalho de parto prematuro. Certas complicações obstétricas são capazes de predispor ao trabalho de parto prematuro. Entre elas estão as gestações múltiplas, polidrâmnios, hipertensão, sangramento do 3º trimestre, ruptura prematura das membranas e incompetência cervical. Muitas vezes se faz necessário interromper a gestação antes do seu término esperado, devido a um meio ambiente intra-uterino desfavorável ou doença materna. No entanto, nenhuma causa pode ser identificada na maioria das vezes (SANTOS, 1999).

Para Ziegel e Cranley (1985), a assistência pré-natal para promover a manutenção do bom estado de saúde da mulher é um fator importante na prevenção do TPP. A boa nutrição favorece o crescimento e o desenvolvimento do feto, embora não se constitua exatamente em uma prevenção do parto prematuro e, além disso, ajuda a evitar fetos pequenos para a idade gestacional.



O TPP é mais freqüente em adolescentes; seu risco, no entanto, varia conforme as condições socioeconômicas, o tipo de assistência pré-natal e a presença ou não de complicações gestacionais.

Ziegel e Cranley (1985) enfatizam que pouco se sabe sobre o que seja especificamente útil na prevenção do trabalho de parto prematuro. Para algumas gestantes que apresentam risco especial, o repouso no leito é recomendado, porque auxilia na melhora do fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, a nutrição intra-uterina. Embora não esteja claramente estabelecido, o repouso no leito também pode diminuir a irritabilidade uterina e a tendência de entrar em trabalho de parto.

Segundo as mesmas autoras, geralmente após o 4º mês de gestação ocorre a dilatação do cólo uterino, sem as usuais contrações dolorosas. Mais tarde, as membranas se rompem, o trabalho de parto começa, e nasce um feto imaturo.

Fatores de risco de trabalho de parto prematuro, segundo Santos (1999):

***Problemas demográficos:***

- Idade: níveis mais altos nos extremos da vida reprodutiva. A incidência é mais elevada nas primigestas jovens, com idade inferior a 15 anos, e nas mulheres com idade igual ou superior a 35 anos.
- Raça: mais freqüente na raça negra, porém não se trata de fator racial, mas de vários fatores, como o econômico, demográfico e comportamental.
- Estado Civil: maior incidência nas solteiras. No entanto, associado a outras variáveis como idade, raça e escolaridade.
- Condições socioeconômicas: quando desfavoráveis determinam ou associam-se a outros fatores de risco como má alimentação, condições de higiene precárias, doenças sexualmente transmissíveis e infecções que podem contribuir para a amniorrexe prematura.

***Problemas comportamentais:***

- Tabagismo: o hábito de fumar está diretamente relacionado ao retardo de crescimento intra-uterino e ou TPP;
- Alcoolismo;

- Uso de drogas: estudos demonstram que gestantes usuárias de cocaína, tiveram maior incidência de TPP e fetos pequenos para a idade gestacional;
- Má nutrição: situações extremas de má nutrição concorrem para a redução do peso do recém-nascido, além de ser considerado um fator de risco quando associado a outros;
- Atividade sexual excessiva: as prostaglandinas presentes na secreção seminal estimulam as contrações uterinas. Gestantes de alto risco devem reduzir a atividade sexual no último trimestre.

***Antecedentes ginecológicos:***

- *Hipoplasia uterina, malformações uterinas, aderências uterinas, miomas uterinos e incompetência istmo cervical.*

***Antecedentes obstétricos:***

- Intercorrências na gravidez: TPP, abortamentos tardios, curetagens repetidas e partos traumatizantes;
- Fetais: prenhez múltipla, apresentação anômala e malformações;
- Anexiais: polidramnia, oligodramnia e amniorrexe prematura;
- Placentários: descolamento prematuro de placenta (DPP) e placenta prévia (PP);
- Maternos: infecção genital, infecção urinária, infecção geral, traumatismos sobre abdômem, estresse psíquico, cirurgias durante a gravidez e doenças sistêmicas.

***Diagnóstico:***

Segundo Santos (1999), o diagnóstico do TPP é eminentemente clínico e, algumas vezes, incerto. A presença de prováveis contrações uterinas não indica de forma clara o início do TPP, mas, por outro lado, aguardar até que seja facilmente reconhecido não é prudente, pois o êxito do tratamento está relacionado com a precocidade do seu início. O diagnóstico é baseado na anamnese física.

***Queixas clínicas:***

- dor abdominal em cólica e lombossacra;
- polaciúria;
- pressão supra púbica ou vaginal;

- eliminação do tampão mucoso;
- sangramento vaginal.

### ***Exame físico:***

- dinâmica uterina;
- modificações plásticas do colo (apagamento e dilatação);

Corrêa (1995) considera como parâmetros:

- contratilidade uterina: frequência  $> 1/10$  minutos e duração  $> \text{ou} = 15$  segundos;
- colo uterino: apagamento total ou parcial, dilatação  $> 2$  cm até 4 cm, e centrado.

### ***Tratamento***

O tratamento, segundo o mesmo autor, consiste no reforço do colo através da sutura em bolsa, que geralmente é feita em torno da 14<sup>a</sup> ou 18<sup>a</sup> semanas, sendo bem sucedido na manutenção da gravidez. Quando a gravidez atinge o termo, a sutura pode ser retirada para permitir o parto vaginal, ou é deixada em alguns casos, quando a mulher é submetida a uma cesariana.

Para o mesmo autor, a ruptura prematura espontânea das membranas ocorre em 10 a 15% de todas as gestações. No entanto, nem todas resultam em parto prematuro. Essa terminologia é enganadora, pois o termo prematuro não se refere à duração da gravidez e sim ao fato de que a bolsa d'água se rompe antes do início do trabalho de parto. Certamente isso poderá acontecer tanto no termo como antes do termo.

O mesmo diz ainda, que quando as membranas se rompem, é importante determinar a idade gestacional do feto. Se a gestação está próxima do termo (mais que 37 semanas), o trabalho de parto deve ser induzido e dentro de 24 horas, a partir da ruptura, o parto deve ser realizado. O risco de infecção aumenta bastante após 18 a 24 horas da ruptura das membranas, tanto para o feto como para a mãe, e os neonatos toleram muito mal as infecções.

Quando o feto não está maduro, adota-se uma conduta mais conservadora. O trabalho de parto não é induzido e pode até mesmo ser inibido farmacologicamente. A gestação deverá prosseguir até que se atinja a maturidade fetal, a menos que apareçam sinais de infecção (temperatura materna elevada, corrimento vaginal de odor fétido). É possível que um curto período de membranas rotas possa aumentar a maturação pulmonar do feto (CORRÊA, 1995).

Acredita este autor que o estresse possa estimular as supra-renais do feto, levando a produção de corticosteróides, que por sua vez estimularão as enzimas que produzem o surfactante.

Conforme Ramos e Martins-Costa (1997), nos casos em que não existem contra-indicações, o TPP deve ser inibido nas gestações entre 20 e 35 semanas completas.

**Terapêutica inibitória:** determinados fármacos são capazes de atuar na musculatura uterina, inibindo a atividade uterina. Os agentes inibidores não tratam a causa, somente os sintomas, ou seja, a contração uterina. Os uterolíticos mais empregados são os estimuladores dos receptores beta-adrenérgicos (SANTOS, 1999).

**Tratamento de manutenção:** é realizado pelo uso oral ou subcutâneo da medicação, devendo-se iniciar 30 minutos antes da suspensão do uso endovenoso. As pacientes que apresentam modificações plásticas no colo uterino, mas não apresentam contração uterina perceptível à palpação abdominal, podem fazer uso profilático de beta-adrenérgico via oral, em regime ambulatorial, além do repouso no leito (RAMOS; MARTINS-COSTA, 1997).

#### ***Suspensão do trabalho de parto prematuro:***

As gestantes devem estar cientes, desde o início da gestação, da importância de informar imediatamente quaisquer contrações que aumente de frequência e intensidade.

Segundo Santos (1999), mulheres em trabalho de parto prematuro, podem ser candidatas à inibição farmacológica do mesmo, uma vez determinado que o feto está vivo mas é imaturo e que não existem indicações maternas ou fetais para terminar a gestação. Essas indicações podem incluir, entre outras, sangramento por placenta prévia, infecção intra-uterina, eritroblastose fetal, pré-eclâmpsia grave ou insuficiência placentar. Além disso, a dilatação cervical não deve ultrapassar 4 cm, e segundo alguns autores, as membranas devem estar íntegras.

Conforme a mesma autora, as drogas mais frequentemente usadas na inibição do trabalho de parto incluem os agentes beta-adrenérgicos. As drogas beta-adrenérgicas tornam as células miométriais menos sensíveis à fetocina e às prostaglandinas. Admite-se que as drogas aumentem o fluxo sanguíneo uterino

#### ***Contra-indicação para a inibição do TPP:***

Santos (1999) coloca que não existe consenso no que se refere à contra-indicação da inibição do TPP. Algumas são consideradas como absolutas, por alguns autores, para outros,

são relativas. às contra-indicações mais aceitas para a maioria deles são:

- Infecção intra-uterina;
- Ruptura das membranas com suspeita ou certeza de infecção;
- Insuficiência placentária, causando sofrimento fetal crônico, retardo de crescimento intra-uterino ou oligodrâmnio;
- Doenças maternas graves ou de difícil acompanhamento clínico, como a hipertensão arterial crônica grave, pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, diabetes descompensada, vasculopatias, nefropatias e cardiopatias não compensadas;
- Descolamento prematuro de placenta;
- Malformações fetais incompatíveis com a vida extra-uterina;
- Óbito fetal;
- Maturidade pulmonar comprovada pela relação lecitina/esfingomielina ou pela prova de Cements;
- Entre as contra-indicações discutíveis estão: dilatação cervical acima de 4 cm e ruptura das membranas.

#### ***Conduta no Trabalho de Parto Prematuro:***

Segundo Santos (1999), quando não é possível interromper o trabalho de parto prematuro, a conduta deve estar voltada no sentido de proporcionar um meio ambiente ótimo para o trabalho e o parto de uma criança prematura. Os objetivos da assistência a uma mulher em trabalho de parto prematuro incluem :

- Assistir a mulher durante o trabalho de parto ajudando-a a manter o seu equilíbrio emocional;
- Aumentar ao máximo a oxigenação fetal;
- Dar condições à paciente para conduzir o trabalho de parto com o mínimo de analgesia/anestesia.

A mulher em trabalho de parto prematuro enfrenta uma experiência inesperada, distinguindo-a de uma gestante a termo. Ela ainda não completou todas as tarefas da gestação. Está física e psicologicamente despreparada para o seu filho. É uma mãe prematura que carrega um sentimento de culpa que pode ser assustador. Teme a perda do filho, de modo que

muito magoada, se pergunta o que fez de errado. Seu marido sentirá também que deveria ter cuidado melhor dela, que não deveria ter tido relações sexuais, ou seja lá o que for que ele imagine que possa ter contribuído para isso (SANTOS, 1999).

Para Ziegel e Cranley (1985), no trabalho de parto prematuro, esses sentimentos fazem parte da angústia dos pais, que deverão ser encorajados a expressarem suas preocupações e a trocarem informações com outras gestantes, o que facilitará compreenderem a situação vivida e os sentimentos habituais e normais.

O medo de perder a criança é real, e uma das exigências da gravidez, “[...] é assegurar um trânsito tranqüilo para a mãe e o filho [...] o que não foi alcançado por essas mulheres em trabalho de parto prematuro [...]” (RUBIN apud ZIEGEL; CRANLEY, 1985,p.509).

Segundo o mesmo autor, algumas mulheres não aceitam o trabalho de parto, adiando a visita ao médico, ou recusam-se a aceitar a gravidade da situação. Para minimizar os efeitos do medo e auxiliar os pais a enfrentarem a realidade, é necessário mantê-los bem informados do progresso do trabalho de parto.

Santos (1999) coloca que outro objetivo da assistência é aumentar ao máximo a oxigenação fetal, já que o prematuro é mais vulnerável às sobrecargas do trabalho de parto que o feto a termo. É importante avaliar continuamente a resposta fetal às contrações, monitorando a frequência cardíaca fetal.

Para a mesma autora, as mulheres não devem permanecer em posição supina, durante o trabalho de parto, devido ao risco da síndrome da veia cava, pois essa condição, causada pela compressão da veia cava pelo útero grávido, leva à diminuição da perfusão placentar e, potencialmente, à hipóxia fetal. O decúbito lateral esquerdo favorece a melhor perfusão placentar.

A hiperventilação pode surgir em decorrência da ansiedade, ou pode ser consequência de técnicas inadequadas de respiração para o parto.

Para atingir esse objetivos apropriadamente, a enfermeira deve estar sempre acessível à mulher e à sua família a fim de estabelecer e manter uma relação terapêutica (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

### ***Placenta Prévia (PP)***

Segundo Rezende (1995) a placenta prévia é uma condição obstétrica caracterizada pelo desenvolvimento total ou parcial da placenta no segmento uterino inferior. Essa condição, que

ocorre em menos de 1% de todas as gestações, aproximadamente, é subdividida de acordo com o grau de oclusão do orifício cervical interno pela placenta. Quando a placenta cobre inteiramente o orifício cervical interno, denominamos essa situação de placenta prévia completa ou total. Na placenta prévia parcial o orifício está parcialmente coberto, e na placenta prévia marginal (designada também como placenta baixa) apenas a borda da placenta atinge a margem do orifício interno.

Este autor coloca que o motivo pelo qual a placenta se localiza no segmento uterino inferior e não no local habitual, a porção superior do útero, é desconhecida. Alterações endometriais associadas a fatores tais como inflamação, idade ou gestações muito seguidas podem diminuir a vascularização acarretando à insuficiência nutricional. Por essa razão, a placenta desenvolve-se sobre uma área maior, na tentativa de proporcionar uma superfície adequada de trocas para nutrir o feto. Essa teoria é sustentada pela íntima relação da placenta prévia com a multiparidade, e com a idade materna, sem relação com a paridade. A placenta prévia pode ocorrer também mais freqüentemente em condições associadas a placentas grandes, como na gestação múltipla e na doença isoimune da gravidez.

### ***Sinais e sintomas:***

Segundo Gregório (1999), o típico sinal da placenta prévia é o sangramento vaginal indolor. Nas últimas semanas de gestação e durante o trabalho de parto, a cérvix amolece, apaga e começa a dilatar. Conforme se apresentam essas alterações, aquela porção da placenta oposta ao orifício interno descola-se, provocando hemorragia.

Diz também que o sinal clássico da placenta prévia é o sangramento vaginal vermelho rutilante de quantidade variável, indolor, recorrente e progressivo, de início e cessar súbitos. Raramente ocorrem defeitos de coagulação. Exame abdominal revela útero de consistência normal, não doloroso, que relaxa entre as contrações. A frequência fetal não se altera.

De acordo com Ziegel e Cranley (1985), este sangramento ocorre porque nas últimas semanas de gestação e durante o trabalho de parto, a cérvix amolece, apaga e começa a dilatar. À medida que essas alterações ocorrem, a região da placenta que está aderida no orifício interno desloca-se, provocando hemorragia a partir dos vasos uterinos expostos.

As gestantes com placenta prévia podem apresentar história de ameaça de abortamento nos primeiros meses de gestação. A placenta prévia está freqüentemente associada à má posição e a má apresentação fetal, ocupando parte do espaço normalmente ocupado pela apresentação fetal. Essas gestantes apresentam maior risco de hemorragia ao pós-parto, pois o

segmento uterino inferior não é capaz de contrair-se, e ocluir os grandes seios venosos do leito placentar (GREGÓRIO, 1999).

### ***Diagnóstico:***

Para Rezende (1995), um elemento do diagnóstico é a posição da apresentação, especialmente na apresentação de vértice. Se a cabeça do feto aparecer deslocada de sua posição habitual por uma massa de tecido mole, ou se a apresentação é outra que não a de vértice, essa situação reforça o diagnóstico de placenta prévia.

Reforça este autor que o diagnóstico baseia-se, fundamentalmente, na sintomatologia citada anteriormente. O exame especular deve ser realizado para confirmar o local da hemorragia, afastando-se causas cervicais ou vaginais. Utiliza-se para diagnóstico a ultrasonografia, sendo que a sua precisão é superior a 95% de acerto. O toque vaginal está proscrito. É importante limitar o exame pélvico pela exploração interna ao mínimo indispensável. As vantagens do diagnóstico preciso das variedades de placenta prévia não superam a contra-indicação do manuseio, pois este implica em aumento do descolamento, agravando o prognóstico.

### ***Tratamento:***

Enfoca Gregório (1999), ser importante que qualquer mulher com sangramento durante o 3º trimestre seja internada imediatamente. A tipagem e a prova cruzada para um caso de possível transfusão é a primeira providência a ser tomada; o volume de sangramento e os sinais vitais, tanto maternos como fetais, devem ser monitorizados. Ressaltando que nesta situação, o exame vaginal deve ser evitado.

Observa a mesma autora que o tratamento depende da extensão da placenta prévia, da condição materna e fetal, da idade gestacional e da paridade.

Quando o feto é imaturo, o trabalho de parto não começou e o sangramento não é excessivo, recomenda-se manter vigilância. A mulher pode permanecer hospitalizada ou em local próximo, geralmente em repouso no leito, no caso de alguma intercorrência. Controla-se o hematócrito para monitorizar o aparecimento de anemia. Uma modificação adequada do esquema de assistência está associada a uma nova avaliação do estado materno e fetal, frente a novos sangramentos (GREGÓRIO, 1999).

Conforme a mesma autora, quando o feto está maduro, o parto é a conduta de escolha. No caso de placenta prévia marginal ou parcial, deve-se tentar o parto vaginal. Isso se aplica



particularmente no caso de múltiparas ou em trabalho de parto curto. É importante realizar controle eletrônico contínuo da frequência cardíaca fetal para avaliar a resposta fetal ao trabalho de parto.

A manipulação vaginal pode causar lacerações e sangramento. A cesariana previne qualquer possibilidade de lacerações cervicais, e diminui também o tempo de exposição da gestante ao sangramento (GREGÓRIO, 1999).

Essas pacientes apresentam maior risco de hemorragias no pós-parto e necessitam de cuidados especializados no 3º estágio do trabalho de parto, assim como durante o período de Greenberg. A administração de ocitocina, por via intravenosa no pós-parto, é utilizada como uma medida profilática (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Na placenta prévia total, geralmente indica-se a cesariana como conduta para a interrupção da gestação, uma vez que no trabalho de parto vaginal é difícil controlar o sangramento, podendo ocorrer óbito fetal (REZENDE, 1995).

**Prognóstico**, segundo o autor supra citado:

**Materno:** a mortalidade materna por PP ficou reduzida a menos de 1% devido aos avanços tecnológicos na área, aos cuidados pré-natais adequados, orientação criteriosa, adoção de conduta expectante, e o aumento das indicações de cesariana. Porém, em países em desenvolvimento, a letalidade materna pode ultrapassar 15%, devido à hemorragia e infecção. A morbidade materna chega a 20%, associando-se ao choque hemorrágico, à terapêutica transfusional, à cesariana e à infecção.

**Fetal:** a prematuridade ocorre em 40% dos casos de PP, sendo que a mortalidade perinatal permanece em torno de 20% destes casos. Outras causas de mortalidade intraparto e neonatal são a hipóxia, prolapso de cordão e anomalias congênitas. A PP pode ainda ser determinante do crescimento intra-uterino retardado.

### ***Descolamento prematuro de placenta (DPP)***

Segundo Gregório (1999), o DPP é a separação intempestiva e prematura da placenta implantada no corpo do útero, depois da 20ª semana de gestação. O sangramento pode ser externo ou interno se ficar retido na cavidade uterina, podendo ser chamada de hemorragia oculta. O último tipo é muito mais grave, mas ocorre com menor frequência. Na hemorragia oculta, o sangue aparece atrás da placenta, ou pode em alguns casos infiltrar-se no líquido amniótico com a ruptura das membranas. De um modo geral haverá, mais tarde um

sangramento externo, mas se a cabeça do feto estiver fixa na pelve ou as membranas estiverem firmemente aderentes, o sangue não surge de imediato. Na hemorragia oculta, o deslocamento da placenta é provavelmente completo; no descolamento incompleto há geralmente sangramento externo.

Para a mesma autora, todos os graus de descolamento placentar podem ocorrer. A área de separação pode ser discreta, com poucos milímetros ou a placenta inteira pode se destacar, variando os sinais e sintomas de acordo com o grau de descolamento.

Para Rezende (1995), o sangramento pré-natal se deve algumas vezes a um pequeno descolamento marginal da placenta, que nem sempre pode ser demonstrado ou diagnosticado.

Segundo o mesmo autor, algumas vezes no DPP há uma infiltração sangüínea intramuscular extensa, que atinge todo o útero, que adquire uma coloração azulada ou púrpura; sua musculatura perde a contratilidade e nesta condição é conhecido como “útero de Couvelaire”.

A causa da DPP é desconhecida. A deficiência de ácido fólico foi considerada como um fator etiológico, porém não foi possível comprovar este fato e nem tampouco demonstrar que a administração de ácido fólico impede a sua manifestação. Também, a doença hipertensiva, aumenta muito o risco de DPP (REZENDE, 1995).

O trauma mecânico também pode precipitar o descolamento da placenta, embora isso ocorra menos freqüentemente do que se acredita.

Rezende (1995) diz que a descompressão súbita do útero, que pode ocorrer quando um grande hidrâmnio é esvaziado muito rapidamente ou quando o primeiro gêmeo é extraído, podendo levar ao descolamento da placenta.

### ***Etiologia:***

Segundo Rezende (1995), a etiologia permanece obscura e chamam a atenção para alguns fatores que predisõem no determinismo do DPP. Para esquematizar podemos dividi-los em causas traumáticas ou mecânicas e causas não traumáticas.

### ***Causas traumáticas ou mecânicas***

#### ***Externas:***

- Traumatismo sobre o abdômem.

#### ***Internas:***

- Brevidade do cordão;
- Retratilidade uterina após expulsão do primeiro feto na gravidez múltipla, e após esvaziamento de polidrâmnio;
- Hipertensão da veia cava inferior, por compressão uterina;
- Hipertonia: o aumento da pressão sangüínea nos vasos decíduais facilita a ruptura do útero e, conseqüentemente leva à DPP;
- Uso indevido de ocitócitos levando à hipertonia uterina.

### ***Causas não traumáticas***

- Fator socioeconômico: nas classes menos favorecidas, a incidência aumenta significativamente;
- Multiparidade: a incidência da DPP em gestantes múltiparas (5 filhos ou mais) é 3 vezes maior do que na primípara;
- Idade: maior freqüência em gestantes idosas. Nas grávidas com mais de 35 anos, há o dobro de possibilidade de DPP, quando comparadas com gestantes de menos de 25 anos;
- DPP em gestações anteriores: a repetição do DPP em gestações subseqüentes deve ser colocada como importante elemento de alerta. Os índices de repetição do DPP variam de 12,6 a 17,3%;
- Fator placentário: necrose da decídua basal na margem placentária e grandes enfartes, decorrentes de tabagismo, anemia e má nutrição na gravidez;
- Tabagismo: a incidência de mortes fetais e neonatais, nas grávidas que param de fumar, é reduzida em 50% quando comparadas as que prosseguem com o tabagismo, especialmente na faixa etária de 30 anos ou mais;
- Hipertensão: é responsável por 50% dos casos graves.

### ***Sintomas:***

Conforme Gregório (1999), na hemorragia externa, o principal sintoma é o sangramento vaginal, freqüentemente acompanhado de dor abdominal. Na hemorragia oculta os sintomas característicos são: a dor abdominal intensa do tipo cólica, a hipersensibilidade uterina e a rigidez. Contrastando com a flacidez uterina na placenta prévia, na hemorragia oculta do deslocamento prematuro o útero apresenta uma consistência dura, descrita como “em tábua”

ou “pétrea”, sem contração e relaxamento alternados. É impossível palpar o feto, devido à tensão da musculatura uterina e a ausculta cardíaca fetal está ausente, dependendo da porção que se descola.

Sublinha a autora citada que o profissional que está cuidando de uma gestante nas últimas semanas de gestação, ou de uma mulher em trabalho de parto, deve compreender que uma intensa dor abdominal tipo cólica pode ser um sinal sério. Durante o trabalho de parto, o profissional não deve considerar que este tipo de dor é determinada por contrações uterinas intensas. O abdômem deve ser palpado para identificar a consistência do útero e assegurar que a musculatura uterina está contraindo e relaxando alternadamente. No sangramento externo, o útero também pode permanecer tenso entre as contrações. Existe às vezes, um aumento gradual e acentuado do útero, na hemorragia oculta. O profissional deve estar atento para os sintomas e sinais de choque hipovolêmico (hipotensão; taquicardia; pulso filiforme rápido; apreensão), que podem surgir quando a hemorragia é oculta, pois a perda de sangue pode ser intensa. Outra complicação associada com o DPP é a coagulopatia, que se manifesta por um sangramento inesperado nos locais de venopuntura, que está associada à coagulação intravascular disseminada.

### ***Diagnóstico:***

O diagnóstico está relacionado com a sintomatologia. Na anamnese, chama atenção a dor repentina e intensa, seguida de perda sangüínea, ocorrendo principalmente em múltiparas e, muitas vezes, antes da data provável do parto. A ultra-sonografia é utilizada como recurso diagnóstico de exclusão, afastando a possibilidade de PP. Entretanto, pode-se visualizar hematomas retroplacentários de tamanhos significativos (GREGÓRIO, 1999).

### ***Tratamento:***

Segundo Rezende (1995), o tratamento do DPP depende da severidade e do estágio do trabalho de parto. Se as contrações começarem e o sangramento for apenas moderado, permite-se o prosseguimento normal do trabalho de parto. A ruptura das membranas acelera o trabalho de parto, se não progride com rapidez razoável. O tratamento da perda sangüínea e do choque associado, quando presentes, é muito importante e é instituído antes do início da cesariana. Na placenta prévia, as transfusões de sangue podem ser necessárias, e uma prova cruzada com o sangue da paciente é feita logo no momento da sua admissão no hospital, de modo que se tenha este tipo de sangue à disposição.

Em alguns casos de DPP existe uma falha no sistema de coagulação sangüínea devida a uma diminuição no nível de fibrinogênio e/ou das plaquetas.

Para Camaro e Bertini apud Neme (1995), os tratamentos profiláticos e clínicos são:

**Tratamento profilático:** é importante realizar o pré-natal prestando assistência cuidadosa às gestantes mais susceptíveis, ou seja, múltiparas de condições sócioeconômicas desfavoráveis, pacientes com história de DPP e pacientes hipertensas.

**Tratamento obstétrico:** o tratamento dependerá do grau de hemorragia, dos distúrbios de hemocoagulação, do tempo necessário para se completar o parto vaginal, e da idade gestacional. Nos casos com feto vivo, após 28 semanas, impõe-se resolução imediata do parto, porque se a área de deslocamento placentário aumentar rapidamente, podem ocorrer gravíssimas repercussões fetais e maternas. Nos casos de feto morto, haverá indicação de cesárea quando as condições obstétricas não sugerirem parto rápido (menos de 4 horas); quando a hemorragia é abundante, agravando o prognóstico materno; e na vigência de coagulopatia.

**Tratamento clínico:** caracteriza-se pela regulação da volemia, sendo que o sangramento externo, quando ocorrer o hematoma retroplacentário, não reflete as perdas reais. Os distúrbios eletrolíticos e os distúrbios de hemocoagulação também devem ser tratados.

Nos casos crônicos de DPP, que não prejudicam o prognóstico materno e fetal, interna-se a gestante, submetendo-a à ultra-sonografia, para avaliar a evolução do hematoma, e à cardiotocografia, para avaliar a vitalidade fetal.

**Prognóstico materno e fetal:** Segundo Gregório (1999), o prognóstico materno depende de variáveis como:

- extensão da área placentária descolada;
- perda sangüínea;
- precocidade do diagnóstico da coagulopatia;
- presença de apoplexia uteroplacentária;
- gravidade das alteração vasculares;
- insuficiência renal aguda.

### ***Prognóstico perinatal:***

Conforme a mesma autora, o conceito tem contra si inúmeros fatores adversos. Além da anóxia causada pelo próprio DPP, acrescenta-se a prematuridade e o baixo peso, decorrente da insuficiência placentária.

Camaro e Bertini apud Neme (1995) referem que em 81,8% dos casos, o óbito fetal é comprovado já no momento da admissão da gestante. O descolamento da placenta, mesmo que moderado, compromete rapidamente a vida do conceito.

O DPP, pelos resultados ainda indesejáveis, merece estudos criteriosos. Acredita-se que o melhor prognóstico materno e perinatal tem relação direta com a assistência prestada. O atendimento rápido e adequado, com disponibilidade da equipe multiprofissional e material hospitalar, são importantes para a melhoria dos resultados nesta grave patologia.

### ***Alterações endócrino-metabólicas fisiológicas na gestação:***

Para Landon e Gabbe (1996), na gravidez normal o metabolismo materno adapta-se para manter uma adequada nutrição para a gestante e sua unidade fetoplacentária em desenvolvimento. No **início da gestação**, a homeostasia da glicose se altera, onde sua utilização periférica é aumentada, chegando a reduzir 10% nos níveis em jejum, no final do primeiro trimestre, devido aos níveis crescentes de estrógeno e progesterona, que aumentam a resposta insulínica à carga de glicose e causam hiperplasia das células-beta. Na **segunda metade da gestação**, níveis em elevação de hormônios contra-insulínicos, sintetizados pela placenta, alteram a utilização materna de glicose e aminoácidos, levando a uma resposta maior da glicose sangüínea a carga oral ou endovenosa de carboidratos, do que no estado não-gestacional; a ação do hormônio lactogênio placentário (hPL), um dos contra-insulínicos, é em parte responsável pelo estado diabetogênico da gestação, que se caracteriza por exagerados índices e quantidades de liberação de insulina, somada à redução da sensibilidade à insulina a nível celular, esta também provocada por outros hormônios, como a prolactina, estrogênio e progesterona. No **final da gestação** (último trimestre), a resposta insulínica à carga oral ou endovenosa de glicose é quase o dobro em relação às não-gestantes; demonstrando que as diferenças de sensibilidade insulínica são menos evidentes. Durante a gestação normal, a concentração plasmática de glicose encontra-se elevada no estado pós-prandial, compensada pelos episódios de hipoglicemia em jejum, do primeiro ao último trimestre.

### ***Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)***

Segundo Rocha e Reichelt (1997), o DMG é a intolerância aos carboidratos de qualquer severidade que inicia ou é reconhecida, pela primeira vez, na gestação atual. Essa definição pode incluir pacientes com características clínicas de DM tipo I ou II, cujo diagnóstico foi feito somente na atual gestação.

Para a mesmas autoras, o diagnóstico do DMG *strictu sensu* é feito, em geral, no final do segundo ou início do terceiro trimestre de gestação, quando se acentua a resistência tecidual à insulina. A maioria das pacientes com DMG tem intolerância aos carboidratos de leve a moderada, com retorno ao normal após o término da gestação. A incidência do DMG varia com a população estudada, etnia, área geográfica, frequência do rastreamento e com os critérios diagnósticos utilizados, mas, em geral, situa-se ao redor de 1 a 5%.

### ***Fisiopatologia do Diabetes Mellitus (DM) na gestação:***

Segundo Rocha e Reichelt (1997), fisiologicamente, a primeira metade da gestação é caracterizada por intenso anabolismo, com aumento nos depósitos maternos de proteínas e lipídios. Os níveis elevados de estrógeno e progesterona circulantes provocam hiperplasia das células beta-pancreáticas com conseqüente aumento nos níveis plasmáticos de insulina, cuja ação anabolizante favorece a gliconeogênese e a lipogênese. O aumento da insulina circulante reduz a glicose plasmática, o que se acentua após jejum prolongado.

Para as mesmas autoras a ingesta alimentar, nesse período da gestação, provoca resposta insulínica exagerada, há captação e metabolização aumentada de glicose e aminoácidos, fazendo crescer os depósitos de glicogênio, triglicerídios e proteínas, situação conhecida como anabolismo facilitado.

No final do segundo trimestre de gestação, modifica-se a tendência materna de estocagem de nutrientes para a de catabolismo, provavelmente no intuito de atender às necessidades nutricionais crescentes do feto. A insulina plasmática após uma refeição, mesmo elevada, não reduz da mesma maneira a glicose e os aminoácidos séricos, se comparados ao primeiro trimestre. Os níveis de glicose plasmática pós-prandial estão acima dos valores encontrados em mulheres não-grávidas. Esta hiperglicemia pós-prandial fisiológica parece ter o objetivo de sustentar o aporte nutricional do feto em crescimento (ROCHA e REICHELTL, 1997).

A incapacidade da insulina em reduzir a glicemia aos níveis pré-gravídicos (ou da primeira metade da gestação) está associada à resistência tecidual. O aumento da resistência periférica à insulina provavelmente seja mediado por um defeito pós-receptor. As concentrações maternas crescentes de progesterona, cortisol, prolactina e do hormônio lactogênio placentário têm sido implicadas como fatores responsáveis pelo processo de resistência à insulina. A sensibilidade tecidual à insulina está reduzida em até 80% na gestação normal (FISCHER apud ROCHA; REICHEL, 1997).

O hiperinsulinismo associado à relativa insensibilidade tecidual à insulina caracterizam o estado diabetogênico provocado pela gestação. A gestante normal consegue compensar este processo com o aumento na produção pancreática de insulina. A gestante com reserva pancreática limitada não consegue alcançar a compensação e desenvolve uma intolerância aos carboidratos. A gestante com DM prévio exige uma descompensação considerável, a qual, freqüentemente, exige incrementos na dose de insulina exógena.

Segundo Rocha e Reichelt (1997), essas alterações no metabolismo dos carboidratos se fazem sentir no feto em crescimento, pois a glicose é fonte primordial de energia para o mesmo, sendo transferida continuamente através da placenta. A hiperglicemia materna provoca transferência exagerada de glicose para o feto, o que estimula o pâncreas fetal a aumentar a produção de insulina. A placenta é essencialmente impermeável à insulina e ao glucagon endógenos maternos e a produção fetal de insulina inicia entre 9 a 11 semanas de gestação.

O aporte excessivo de nutrientes maternos associados ao hiperinsulinismo estimula a síntese exagerada de glicogênio, proteínas e lipídios, resultando um recém-nascido macrossômico, com órgãos aumentados de volume, porém imaturos. A macrosomia é observada no excesso de gordura corporal, massa muscular e organomegalias, preservando o cérebro. A esperada redução na macrosomia fetal pode não ocorrer, mesmo com rígido controle glicêmico no terceiro trimestre, sugerindo outros fatores envolvidos além da glicose (NAEVE apud ROCHA; REICHEL, 1997).

A mortalidade perinatal em gestações diabéticas vem diminuindo, graças ao manejo adequado da gestação e ao progresso nos cuidados neonatais. Entretanto, a mortalidade por malformação congênita não se alterou. A incidência de malformações em gestações insulino-dependentes é 6-7 vezes maior que a da população geral. Várias hipóteses foram levantadas: carga genética materna e/ou paterna, hipoglicemia e hiperglicemia maternas, hiperinsulinismo fetal e doença vascular uteroplacentária (ERIKSSON apud ROCHA; REICHEL, 1997).



A normalização das glicemias antes da gestação é prioritária no aconselhamento pré-gestacional de mulheres diabéticas também para evitar a progressão de retinopatia preexistente. A instituição abrupta de um controle intensivo do DM durante a gestação parece ser fator de deterioração da retinopatia de base em gestantes. Um controle mais lento e progressivamente rigoroso das glicemias até a obtenção de níveis satisfatórios antes da concepção evitaria os efeitos na retina de uma melhora metabólica rapidamente alcançada (ROCHA; REICHEL, 1997).

Pensamos que a restrição alimentar indicada à gestante nesta situação, bem como as inúmeras vezes que se vê obrigada a fazer exames para o controle glicêmico também influenciam seu estado emocional, aumentando seu nível de ansiedade. Acolher a gestante neste caso, faz-se necessário, principalmente para facilitar a aceitação destes cuidados, tão importantes para o tratamento e controle do seu estado de saúde.

### ***Infecção do Trato Urinário (ITU)***

Atallah (2001) entende por infecção do trato urinário (ITU) a colonização microbiana da urina com infecção das estruturas do trato urinário, podendo estender-se do rim ao meato uretral, acompanhada na maioria das vezes, de sinais e sintomas característicos. Seguidas de bacteriúria (presença de bactérias na urina), que pode ser assintomática ou significativa, quando da multiplicação bacteriana, além da colonização. Podem ser do tipo complicada, quando o trato urinário é repetidamente invadido por bactérias, causando alterações inflamatórias residuais e não-complicadas relacionadas aos primeiros episódios de infecção do trato urinário na mulher, sem lesões estruturais. E, ainda, do tipo baixa (cistite) que é uma inflamação da bexiga urinária causada, freqüentemente por uma infecção ascendente da uretra, refluxo da urina da uretra para a bexiga, contaminação fecal ou uso de cateter, que tem como sinais e sintomas: dor, queimação à micção e hematúria; e, do tipo alta (pielonefrite) geralmente secundária ao refluxo uretrovesical, refluindo a urina para os ureteres e provocando alterações anatômicas e/ou estruturais renais, acometendo a pelve renal e suas estruturas adjacentes, apresentando sintomaticamente: febre, calafrios, dor no flanco e à micção, mal-estar e indisposição.

Este autor infere que as mulheres possuem maior tendência a desenvolver infecções vesicais devido ao reduzido comprimento da uretra feminina e seus limites anatômicos com a vagina, glândulas periuretrais e reto. A gravidez é considerada um fator predisponente de ITU, porque leva a um esvaziamento incompleto da bexiga e estase urinária, que além de ser

propícia de proliferação bacteriana, diminui a capacidade bactericida da mucosa. De 4 a 6% das grávidas têm bacteriúria assintomática desde o início da gravidez, destas 15 a 60% terminarão desenvolvendo infecção do trato urinário, podendo ter pielonefrite, que associa-se um índice maior de prematuridade e mortalidade perinatal.

O tratamento ideal da ITU é o uso de um agente antibacteriano capaz de erradicar as bactérias do trato urinário com efeitos mínimos sobre a flora fecal e vaginal. Há esquemas de dose única, de 3 a 4 dias e de 7 a 10 dias de tratamento antibacteriano, para gestantes indica-se o mais prolongado (ATALLAH, 2001).

### ***Gestação e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)***

Dentre os problemas encontrados pelos indivíduos portadores do HIV, um dos que mais preocupa a sociedade e principalmente os que representam a Saúde Pública, é a transmissão que ocorre verticalmente, isto é, o contágio do feto durante a gestação (intra-uterina), no parto (intraparto) e no pós-parto (assistência neonatal e aleitamento). O fato de uma mãe ter o vírus não significa que a criança também esteja infectada. A contaminação ocorre em um a cada quatro nascimentos. Até pouco tempo atrás, o ato de gerar um filho por um portador de HIV não era sequer cogitado pela sociedade e chocava boa parte dos soropositivos.

Toda a gestante deve ter acesso fácil ao pré-natal, que consiste em testes de urina, fezes, glicemia, HIV e sífilis, além de consultas médicas, cuja frequência deve ser mensal até a trigésima segunda semana, quinzenal até a trigésima sexta semana e semanal até o parto, considerando-se a parturiente como de alto risco. O manuseio cirúrgico exige o cumprimento das precauções universais (uso de luvas, podendo ser duplas e não reesterilizadas, óculos protetores, aventais plásticos). É importante salientar que estas orientações devem ser universais, isto é, independente do tipo sorológico para HIV das pacientes, em virtude do risco da existência de outras infecções e mesmo da possibilidade da paciente encontrar-se em período de janela imunológica. Estudos sugerem que o risco de transmissão é maior no período intraparto. Nesta ocasião, o recém-nascido banhado em sangue contaminado, secreção cervical e vaginal, entra em contato com o vírus, que penetra em seu organismo através de lesões microscópicas comuns na hora do nascimento. Se a mãe for tratada durante a gestação e o bebê receber doses de AZT a partir do nascimento, o risco de contaminação cai de 25% para 8% (BRASIL, 2001).

A frequência de transmissão materno-infantil do HIV, vem aumentando a cada ano devido o aumento de casos de mulheres infectadas em idade reprodutiva, sendo que é

possível, ainda no pré-natal, diagnosticar a infecção materna e reduzir a probabilidade de transmissão vertical desse vírus (BRASIL, 2001).

Segundo o mesmo órgão, a transmissão vertical do HIV, indica falhas no sistema de saúde em relação às rotinas de diagnóstico e de assistência às gestantes (Terapia Anti-Retroviral), pois estas têm o objetivo de normatizar, em nível nacional, as diretrizes que asseguram a menor taxa de transmissão vertical do HIV e o menor risco de toxidade e de resistência para a mãe e seu feto.

São vários fatores associados ao aumento do risco de transmissão do HIV da mãe para o filho; dentre eles: fatores virais (carga viral, genótipo e fenótipo viral, diversidade circulante e resistência viral); fatores maternos (estado clínico e imunológico, presença de Doença Sexualmente Transmissível/DST, outras co-infecções, estado nutricional materno); fatores comportamentais (uso de drogas e prática sexual desprotegida); fatores obstétricos (tempo de ruptura das membranas amnióticas, via de parto, presença de hemorragia intra-parto); e, fatores inerentes do recém-nascido (prematuridade, baixo peso ao nascer e a transmissão pelo aleitamento materno) (BRASIL, 2001).

Para o mesmo órgão, conclui-se que as principais ações capazes de contribuir para a redução da transmissão vertical do HIV são: a promoção de intervenções que diminuam a carga viral materna e a realização rápida do parto com adequada assistência à mãe e ao filho.

### ***Uso de Anti-retrovirais em Gestantes***

#### ***Considerações Gerais:***

1. a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV deverá se dar através da terapia anti-retroviral (TARV), de acordo com avaliação laboratorial e clínica da paciente;
2. o AZT deverá fazer parte de qualquer esquema terapêutico para a gestante portadora do HIV; a partir da 14ª semana de gestação, e continuar durante o trabalho de parto, no parto e até o clampeamento do cordão umbilical;
3. a profilaxia pode ser iniciada em qualquer idade gestacional, inclusive no momento do parto;
4. antes de iniciar o uso do AZT realizar exames da contagem de linfócitos CD4 e medida da carga viral, para eleger o esquema terapêutico a avaliar a necessidade de introduzir quimioprofilaxia de infecções oportunistas;
5. durante o pré-natal estabelecer acompanhamento conjunto da gestante por equipe capacitada no manejo de pacientes infectados pelo HIV;

6. informar a mulher que já faz uso de TARV previamente à gestação sobre os potenciais riscos/benefícios da manutenção, modificação ou suspensão do tratamento quanto à evolução da doença;
7. monitorar a gestante com hemograma, plaquetas e enzimas hepáticas antes de iniciar a TARV e, a cada mês;
8. reavaliar a TARV frente efeitos colaterais;
9. no terceiro trimestre da gestação deverá ser introduzido o AZT junto à terapia tripla e suspender todo o esquema após o parto;
10. discutir e esclarecer aspectos como a tolerabilidade e adesão à TARV com a gestante antes de iniciar a terapia.

**Critérios para Seleção do Esquema Antiretroviral na Gestação, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001):**

**Cenário 1:**

- Na gestação: com **menos 14 semanas**;
- clínica: assintomática (se sintomática, seguir cenário 3);
- uso de TARV: não;
- CD4 e Carga Viral: coletar sangue para suas aferições;
- Recomendações TARV: a mãe deve ser reavaliada em serviço especializado para seguimento de portadoras do HIV e para crianças expostas ao HIV;
- Na gestação: **após 14 semanas** iniciar AZT oral;
- No retorno dos exames CD4 e Carga Viral), a mulher deverá ser reavaliada, permanecendo em quimioprofilaxia com AZT (esquema do Protocolo 076 do Aids Clinical Trial Group- PACTG 076) ou iniciando TARV, conforme o Cenário 2;
- No parto: (PACTG 076- Esquema Posológico do AZT na Parturiente) AZT injetável- frasco de 200 mg com 20 ml (10 mg/ml), desde o início de trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical; para todo tipo de parto, sendo que para a cesárea eletiva, se inicia o AZT IV 3 horas antes do parto;
- Na criança: (PACTG 076- Esquema Posológico do AZT na criança) AZT solução oral, 10 mg/ml. Iniciar até 24h após o parto (preferencialmente até a 8ª hora), na dose de 2mg/Kg a cada 6 horas, durante 6 semanas (por 42 dias).

**Cenário 2:**

- idade gestacional: **maior ou igual a 14 semanas**;
- clínica: assintomática;

- uso de TARV: não;
  - CD4 e Carga Viral: coletar sangue para suas aferições;
  - Recomendações TARV: a mãe deve ser reavaliada em serviço especializado para seguimento de portadoras do HIV e para crianças expostas ao HIV;
  - Na gestação: iniciar AZT oral segundo esquema do PACTG 076 (cápsulas de 100mg, via oral a partir da 14ª semana até o parto);
  - No retorno dos exames (CD4 e Carga Viral), a mulher deverá ser reavaliada, permanecendo em quimioprofilaxia com AZT (esquema do Protocolo 076 do Aids Clinical Trial Group- PACTG 076) ou iniciando TARV, conforme o exposto.
1. CD4+ > 350 células/mm<sup>3</sup> e Carga viral <10.000 Cópias/ml. Permanecer com esquema do AZT oral.
  2. CD4+ > 350 células/mm<sup>3</sup> e Carga viral ≥ 10.000 Cópias/ml. Permanecer com esquema do AZT oral até 28ª semanas, ajustando o tratamento para TARV combinada, para se alcançar a menor taxa de transmissão materno-infantil, AZT+ 3TC ou DDI (deverão ser retirados 3-5 dias após o parto) + Nelfinavir ou Nevirapina (deverão ser retirados imediatamente após o parto).
    - No parto: mesma conduta do “cenário 1”.
    - Na criança: mesma conduta do “cenário 1”.

***Cenário 3: CD4+ > 350 células/mm<sup>3</sup>, independente de carga viral)***

- idade gestacional: **independente**;
- uso de TARV: não;
- CD4 e Carga Viral: coletar sangue para suas aferições;
- Recomendações TARV: a mãe deve ser reavaliada em serviço especializado para seguimento de portadoras do HIV e para crianças expostas ao HIV; o uso de Nevirapina só será recomendável em esquema combinado (Terapia Tripla), estando proscrito seu uso como droga isolada:
- No parto: mesma conduta do “cenário 1”;
- Na criança: mesma conduta do “cenário 1”.

***Cenário 4: (diagnóstico de gravidez em mulher HIV+ em uso de TARV)***

- Enquanto for eficaz o esquema terapêutico, exceto se contiver drogas contra-indicadas na gestação (Hidroxiuréia, Efavirenz e Zalcitabina) que deverão ser substituídas, e sempre que possível o AZT deverá ser incluído no esquema;

- No parto: PACTG 076- Esquema Posológico do AZT na parturiente – AZT injetável (frasco ampola de 200mg com 20 ml- 10mg/ml); endovenoso, desde o início do parto até o clampeamento do cordão umbilical; 2 mg/Kg na primeira hora, seguindo infusão contínua com 1 mg/Kg/hora, até o clampeamento do cordão umbilical. Diluir em soro glicosado a 5% e gotejar, sem exceder a 4mg/ml; ou 300mg no começo do trabalho de parto e, a partir de então, 300 mg a cada 3h, até o clampeamento do cordão umbilical, quando não há disponibilidade do AZT injetável no momento do parto;
- Na criança: PACTG 076- Esquema Posológico do AZT no recém-nascido- AZT , solução oral, 10mg/ml; iniciar preferencialmente até a 8ª hora, na dose de 2mg/Kg a cada 6h, por 6 semanas;
- Gestantes que estejam fazendo uso, com sucesso, de esquemas terapêuticos incluindo a Estavudina (d4T), pode-se fazer exceção ao uso completo do AZT; mas, administrar pela via intravenosa durante o trabalho de parto e o parto, bem como dar a solução oral de AZT ao recém-nascido.

Preocupa-se, também, com a via de parto da gestante portadora do vírus HIV, tendo em vista que cerca de 40% das transmissões materno-infantil deste tipo de infecção ocorrem durante ou próximo o trabalho de parto, o que faz pensar na possibilidade do parto cesáreo poder reduzir essa taxa (BRASIL, 2001).

Para o mesmo órgão, a escolha da via de parto deverá se basear em tais recomendações: em gestantes com carga viral  $\geq 1.000$  cópias/ml ou desconhecida e idade gestacional  $\geq 34^a$  semanas (na aferição), a recomendação é o parto cesáreo eletivo, mesmo tendo o trabalho de parto iniciado, além de ter dilatação cervical em até 3 a 4 cm e as membranas amnióticas íntegras, sendo que a gestante deverá procurar o local de referência para seu parto tão logo inicie o trabalho de parto, caso ocorra antes da data prevista para o parto cesáreo; e, com carga viral  $< 1.000$  cópias/ml ou indetectável, idade gestacional  $\geq 34^a$  semanas (na aferição), a recomendação é o parto vaginal, sendo que o parto cesáreo só é aplicado perante indicação obstétrica; o mesmo deverá ser planejado para após a 38ª a 39ª semana de gestação, para prevenir o nascimento de recém-nascidos prematuros.

Concordamos com o mesmo órgão que a qualidade na assistência oferecida à mulher portadora do HIV (e, posteriormente ao recém-nascido), do pré-natal ao puerpério, pela equipe de saúde deve ser garantida através da Terapia Anti-Retroviral e do suporte familiar, oferecendo-lhes apoio psicológico e social. Tendo em vista o forte componente emocional relacionado à discriminação que a gestante possa vir a sofrer, bem como ao medo da morte.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Marco conceitual

Segundo Trentini e Paim (1999, p. 54) marco conceitual: “[...] consiste no relato das articulações dos conceitos amplos da teoria com os conceitos específicos da pesquisa [...] serve como suporte das idéias e guia na conceptualização e implementação do tema de pesquisa [...]” Este marco conceitual deverá permear todos os momentos da prática assistencial, tendo o papel de fundamentar o que se deve observar, articular e planejar, além de servir de base para a reflexão das vivências em campo de estágio.

O marco conceitual escolhido para a assistência da gestante de alto risco que vivencia a hospitalização foi a teoria de Paterson e Zderad, devido a possibilidade de se praticar uma Enfermagem Humanística (GEORGE, 1993). E, dentro dos propósitos da mesma autora, este tipo de orientação tenta ver de forma mais ampla o potencial do ser humano, pois se preocupa em **considerar suas experiências fenomenológicas, valorizando a necessidade da interação humana.**

A relação do homem com os fenômenos e acontecimentos do processo do mundo, produz o que ele chama de experiência. O que resulta de uma vivência é a cristalização das emoções. É vendo o que não somos que descobrimos o que somos, é pensando sobre o que nos parece o fim que podemos descobrir o sentido do eterno recomeço que é a vida (BADINTER, 1985).

## 4.2 As teoristas

**Josephine E. Paterson** é enfermeira especialista em enfermagem clínica no Northport Veterans Administration Medical Center, em Northport, NY. Graduada pela Lenox Hill Hospital School of Nursing na St. John's University, recebeu seu grau de mestre pela John's Hopkins School of Hygiene and Public Health em Baltimore, Maryland. Doutora em Ciências da Enfermagem pela University School Nursing, Boston, Massachusettes, onde especializou-se em saúde mental e enfermagem psiquiátrica. Conceitualizou e ensinou enfermagem humanística para estudantes do curso de graduação, ao corpo docente e a equipes de assistentes de várias correntes. Atualmente é docente da State University of New York.

**Loretta T. Zderad** é Chefe da Associação de Educação em Enfermagem da Northport Veterans Administration Medical Center, NY. Graduada na St. Bernard's Hospital School of Nursing, recebeu seu grau de mestre pela Catholic University, Washington D.C. e o título de doutora de Filosofia pela Georgetown University, Washington D.C. Ensinou em várias universidades e coordenou grupos de enfermagem humanística. Trabalha atualmente na State University of New York at Stonybrook (GEORGE, 1993).

## 4.3 A Teoria humanística de Paterson e Zderad

Segundo Barreto e Anchieta (2001), Paterson e Zderard descreveram a Teoria da Prática Humanística da Enfermagem, publicada em 1976 no livro **Enfermagem Humanística**. Este estudo foi o resultado de vários anos de observação e intercâmbio de experiências com profissionais em atividade nas instituições hospitalares, vivências com pacientes psiquiátricos, estudantes de enfermagem e outros profissionais envolvidos no cuidado, objetivando explorar, refletir e questionar suas experiências na enfermagem. Para elas, enfermagem é uma experiência vivida entre os seres humanos, e a enfermagem humanística é uma relação unilateral sujeito-sujeito, norteadada pelo enfermeiro em benefício do outro. Esta relação baseia-se na consciência existencial que o enfermeiro tem, do seu ser e do outro, preocupando-se com as experiências fenomenológicas dos indivíduos e a exploração das experiências humanas.

As teoristas enfatizam o significado da vida como ela é vivida, a natureza do diálogo e a importância da percepção. Sendo assim, para Paterson e Zderad o desenvolvimento inter-relacionado da teoria e da prática da enfermagem humanística depende da experiência,



contextualização, e participação do ponto de vista particular de cada enfermeiro em relação as suas vivências no mundo da enfermagem.

Na Teoria da Enfermagem Humanística a Enfermagem é o ato em si correspondendo à situação existencial vivenciada que levará ao reconhecimento do ser humano em sua realidade, tempo e espaço. Utiliza como instrumento principal o **diálogo vivo, encontro, relacionamento, presença**, para proporcionar **respostas** aos **chamados e necessidades** da pessoa em potencial para a **aceitação** de seu **momento** de vida.

#### **4.4 Situando os pressupostos da Teoria Humanística da Enfermagem, segundo George e Meleis apud Fenili e Santos (2001):**

1. a relação enfermeiro-paciente, trata-se de um relacionamento existencial, em que dois seres humanos estão abertos reciprocamente;
2. enfermeiros e pacientes, como seres humanos singulares, totais e biopsicosociais, têm potencial para o estado de vir a ser, através da intersubjetividade da escolha;
3. o encontro entre os seres humanos é aberto e intenso, com alto grau de intimidade, influenciando os seus membros;
4. as experiências no tempo presente são mais influenciadas pela junção do passado e presente, do que pelo futuro;
5. o processo de vida e morte das pessoas é diretamente influenciado pelos atos da enfermagem;
6. a enfermagem é um diálogo vivido, em que enfermeira e paciente, relacionam-se de modo criativo;
7. os seres humanos têm livre-arbítrio e esperam ser envolvidos nas relações e nos cuidados que os cercam;
8. há uma relação de interdependência e dependência entre pacientes e enfermeiros, que mantêm a convivência;
9. a enfermagem deve auxiliar o paciente a fazer escolhas responsáveis que ajudem no bem estar de ambos participantes da relação;
10. o bem estar advindo dos relacionamentos é melhor proporcionado quando há imparcialidade e familiaridade;
11. o fenômeno da enfermagem ocorre quando há um ser humano predisposto a ajudar e outro necessitando de ajuda.

#### **4.4.1 Elaborando outros pressupostos**

1. na enfermagem existencial, o cuidado prestado à gestante de alto risco, é visto por ela, através da presença e participação da enfermeira no seu contexto vivencial;
2. a enfermeira na relação com o paciente (gestante de alto risco), tem o propósito de proporcionar através do cuidado humanizado, o bem estar de ambos os participantes desta relação;
3. a gestante de alto risco tem o direito de escolher e atuar no seu cuidado pessoal;
4. a fase de mudança que a gestante de alto risco vivencia, afeta sua saúde como um todo, necessitando de cuidados, relacionados ao seu estado desarmônico biopsicosocio-espiritual;
5. a gestação de alto risco, não é necessariamente uma condição que coloca a gestante em situação de crise;
6. a crise é determinada pelo modo subjetivo de lidar com uma dada situação;
7. o ser humano em situação de crise, é ajudado a achar significado para sua existência, através do partilhar e do relacionar-se com os outros;
8. cada ser humano tem sua forma individual de lidar com uma situação de vida, e que não tem a mesma repercussão para outros seres humanos com os mesmos problemas;
9. na enfermagem fenomenológica, uma assistência humanizada é prestada através das bases do conhecimento científico, das experiências vividas, da sensibilidade, e intuição que a enfermeira possui.

#### **4.5 Os quatro conceitos básicos, da Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad, segundo George (1993):**

##### ***Ser humano***

O ser humano é singular em sua realidade predisposta, peculiar ou em mudança, podendo descrever ou eleger o desenvolvimento do seu projeto próprio em uma dada situação. É individual, tendo seu mundo de vivências, e social com relação de interdependência com outros seres humanos, no tempo e espaço, necessários a sua existência, descrita como homem-mundo,

capaz e aberto a opções que representam valores e manifestações do seu passado, presente e futuro.

Pensamos que o ser humano (em questão- a gestante de alto risco) é único, dotado de capacidades e até mesmo dificuldades, os quais têm o potencial de se superar, desde que esteja disposto; sobretudo compartilhando com outra(s) pessoa(s) esta sua busca pessoal; entendemos que não se vive só, sem interagir com os outros. Vemos a gestante de alto risco, como sendo capaz de buscar ajuda junto a outras pessoas, profissionais ou não, além de contar com sua própria motivação interior, a fim de superar o momento de fragilidade.

### ***Saúde***

Bem estar, relacionado com a sobrevivência pessoal de cada indivíduo. A saúde é vivenciada no processo de viver, de estar envolvido com cada momento, nas verdadeiras relações com os outros, onde o enfermeiro ajuda o outro, porque o outro tem potencial para o bem estar e o estar melhor. A capacidade que uma pessoa tem para ter saúde não é determinada por uma doença, pois independentemente do estado geral de uma pessoa, se ela está disposta a experiências da vida, ela está saudável.

Acreditamos que ser saudável é se sentir em condições de agir em prol de metas, objetivos ou planos de vida, ciente da necessidade de estabelecer uma relação com outras pessoas, tendo como base o estar com, e o ser com o outro. Até mesmo quando se tem algum problema de saúde, se pode, sentir-se saudável.

### ***Enfermagem***

É uma resposta aos males humanos. Seu significado está no ato em si, ocorre quando um ser humano necessita de ajuda e o outro (enfermeiro) a proporciona. É um fenômeno que acontece no mundo real das vivências humanas, modificando-se conforme, o paciente, a patologia, sua incapacidade bem como a percepção do enfermeiro frente às necessidades do outro, e suas atitudes para atendê-las. Tem como meta, possibilitar ao outro tomar decisões responsáveis sobre o seu cuidado, ajudando-o a estar melhor ou a superar-se.

Entendemos a enfermagem como ciência da área da saúde que alia a seu corpo teórico, o potencial criativo, a intuição, a sensibilidade, dentre outros potenciais/instrumentos que a enfermeira possui, na assistência/cuidado ao outro. O momento da assistência é permeado por uma atmosfera de troca, entre enfermeira e paciente, como resultado de uma relação interpessoal, onde se tem a oportunidade de ver o paciente em seu todo, não só a parte afetada

por algum problema, com intuito de compartilhar com o paciente a busca da superação de suas limitações.

### ***Comunidade***

Representa a relação com todas as suas peculiaridades (o partilhar, a troca de experiências, o vir a ser), ocorrido com pacientes, famílias, enfermeiros e outros provedores do cuidado.

Acreditamos que a comunidade seja o ambiente de viabilização, de interação do indivíduo com as demais pessoas que circulam e vivem no mesmo espaço, onde se exerce a cidadania e se troca experiências cotidianas. Pode ser um local em que o paciente (gestante de alto risco) tenha disponível recursos que contribuam para melhoria da sua qualidade de vida.

### ***Diálogo***

Para as autoras a enfermagem é um diálogo vivenciado através dos atos que podem ter significados diferentes para o paciente e enfermeiro, e um diálogo vivo não no sentido gramatical, mas existencial, ontológico, que acontece entre diferentes indivíduos, isto é, enfermeiro e paciente.

Entendemos por diálogo, a vivência experienciada pela relação entre enfermeira e paciente, em que se desenvolve uma interação através de verbalizações, troca de informações/experiências, sentimentos e expressões corporais, que vão levar ambos os participantes da relação à compreensão da condição do ser humano.

### ***Enfermagem fenomenológica***

Metodologia que permeia a prática e a teoria da enfermagem humanística, relacionada em cinco fases, para descrever, compreender e analisar as situações de enfermagem. Na enfermagem fenomenológica, o enfermeiro está com o paciente de maneira humana, promovendo a sua saúde.

Acreditamos que a enfermagem fenomenológica é um meio para realizar a assistência humanizada, e o registro desta, auxiliando na compreensão, observação, análise, e busca de uma conclusão verdadeira a respeito da situação de saúde dos pacientes.

### ***Ambiente***

A relação entre enfermeiro e paciente ocorre, em um meio intra e interdisciplinar, onde as pessoas estão vivendo em dois mundos, o interior e o mundo objetivo das pessoas e das coisas. Amigos, parentes, pessoas e coisas, são partes significativas do mundo de cada ser humano, que se influenciam mutuamente dependendo de suas funções e papéis dentro do contexto dessas pessoas. O tempo é vivenciado pelo enfermeiro e paciente dentro de seus mundos particulares, não só o tempo medido mas o vivido, influenciam o diálogo entre esses dois seres humanos. O tempo e o espaço vividos são compreendidos como interrelacionados, o estar com o outro engloba o conhecer da pessoa naquele espaço, e a pessoa sente-se como parte do ambiente, e este parte dela.

Entendemos que o ambiente é um espaço no qual os indivíduos vivem, relacionam-se, trabalham e adoecem; constituído por pessoas, coisas e objetos, sendo comum as pessoas que nele se relacionam, e individual no contexto de cada ser humano. O ambiente da gestante de alto risco, pode ser sua casa, seu trabalho, seu bairro entre outros. Mas na maioria das vezes, seu ambiente não de escolha mas de necessidade, para realizar um tratamento, é o hospital, onde se proporcionam cuidados e há uma atmosfera de troca entre os profissionais da saúde e a gestante, necessários ao seu estar melhor.

#### **4.5.1 Elaborando outros conceitos**

Pensamos ser importante acrescentar no marco conceitual alguns conceitos para contemplar a visão do trabalho desenvolvido. Desta forma estabelecemos os seguintes conceitos:

##### ***Gestante de alto risco***

Mulher gestante que enfrenta intercorrências no desenvolvimento gestacional, associado ao risco materno-fetal que ultrapassam a ótica biológica da saúde, repercutindo negativamente em sua saúde mental, envolvendo suas emoções e sentimentos, e toda sua história pessoal; e que necessitando de ajuda e, tendo potencial para buscá-la, junto a outras pessoas, profissionais da saúde ou não, além de contar com sua própria motivação interior, pode superar o momento de fragilidade.

### ***Doença***

É um estado caracterizado por um desequilíbrio biológico, psicológico, sociológico, espiritual, que impede a pessoa de desfrutar, desenvolver e compartilhar, com os outros e com o mundo, plenamente todas as suas potencialidades.

### ***Crise***

Desequilíbrio temporário em que a pessoa/ família se encontra, por falha ocorrida nos mecanismos de enfrentamentos, utilizados nas situações conflitantes e por ela percebidas como insolúveis e emergentes em sua trajetória de vida, podendo trazer conseqüências benéficas (crescimento pessoal/amadurecimento) ou maléficas (vulnerabilidade crescente ao transtorno mental), dependendo do suporte intra e interpessoal disponível para lidar com o momento (SCÓZ, 2001).

Entendemos por crise, uma situação transitória de vida em que o ser humano pode passar, quando se encontra em dificuldades para lidar com os problemas que experiência, e a resolução desta situação está relacionada com a maneira que cada pessoa a vivencia, e pelo modo terapêutico que os profissionais adotam, influenciando nas conseqüências do pós-crise.

### ***Paciente***

Segundo Potter e Perry (1996) a palavra “paciente”, originada do latim “pati”, significa **sofrer**. Desta forma para nós, paciente é a pessoa que em algum momento de sua vida está vivenciando uma situação de sofrimento (biopsicosócio-espiritual) e que necessita de amparo, **acolhimento**, atenção, apoio e suporte, afastando desta forma a compreensão de que paciente é um ser passivo sem autonomia e à mercê dos cuidados de outros.

## **4.6 O processo de enfermagem, da Teoria Humanística de Paterson e Zderad, segundo George (1993) , Fenili e Santos (2001).**

A metodologia para compreensão, investigação, e descrição das situações, e a abordagem de soluções dos problemas de enfermagem, é desenvolvida por Paterson e Zderad através da enfermagem fenomenológica, de modo que a enfermeira possa estar com o enfermo de maneira humana e, conseqüentemente, curativa. O processo de enfermagem implica na presença de um problema de enfermagem, em que enfermo e enfermeira resolverão em

conjunto; e este problema/necessidade é percebido por qualquer um dos participantes da interação.

A fenomenologia não é especificamente preocupada com os fatos, ela presume que eles existam, e importa-se com a sua natureza e o significado que eles têm para o indivíduo. Ela é um processo descritivo dos fenômenos, mas não tenta explicar ou prever a ocorrência destes.

**Fase 1** - o primeiro estágio do processo de enfermagem é a avaliação, que inclui a coleta de dados objetivos pela observação, interação com o paciente e informação de outras fontes, como exemplo exames laboratoriais. A enfermagem fenomenológica é mais ampla no alcance da coleta de dados, comparada ao que tradicionalmente é pretendido pela avaliação. A preparação para a primeira fase da enfermagem fenomenológica é, a enfermeira como conhecedor, que embora diferente do processo de enfermagem tradicional, pode ser vista como um pré-requisito semelhante a ele. O processo de enfermagem presume que o profissional enfermeiro tenha formação referente às necessidades biopsicoespirituais do indivíduo. A enfermagem fenomenológica faz estas mesmas presunções, mas supõe também que a enfermeira possua autoconhecimento, sensibilidade da condição humana, e de um conhecimento dela. A prática da enfermagem e a teoria humanística exigem que o profissional tenha capacidade subjetiva para vivenciar o outro.

**Fase 2** - a enfermeira conhece o outro através da intuição, que pode também ocorrer, antes da fase de avaliação, pois a intuição é uma maneira inicial de avaliação. Esta fase caracteriza-se por um entrar na situação humana do indivíduo, e o início da relação EU-TU, em que a enfermeira conhece repentinamente a experiência do outro. Assim a enfermagem humanista vê a experiência subjetiva dos seres humanos tão válida quanto a experiência objetiva/científica.

**Fase 3** - as fases de análise e avaliação inicial podem ser comparadas ao conhecimento científico que a enfermeira possui acerca do indivíduo. Esta fase inclui uma maneira mais familiar de encarar uma situação, a partir de vários aspectos: a classificação, a comparação, a procura de temas nas relações entre as partes biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. A compreensão da metodologia fenomenológica é importante, visto que o chamado acontece primeiramente, seguido da intuição, avaliação e análise.

**Fase 4** - o estágio em que a enfermeira sintetiza as situações vivenciadas e compara os dados com outras realidades conhecidas, na enfermagem fenomenológica, é semelhante ao

processo de enfermagem, mas aqui o exame dos dados para uma sintetização ampliada, é realizado através do conhecimento subjetivo e científico.

**Fase 5** - a fase de identificação do diagnóstico pode ser comparada a síntese das idéias, dados e experiência, em que a enfermeira chega a uma conclusão mais abrangente do que as classificações, e que reflete a experiência do paciente, compreendendo a situação inicial de forma intuitiva. Paterson e Zderad pretendiam a formação de um conceito, conclusão ou verdade, e não a formação de um diagnóstico ou problema do paciente.

A enfermagem humanista e fenomenológica não está voltada para a descrição da formação de um plano de enfermagem, ela preocupa-se com o estar com o outro, possuidor de necessidades, e a sua meta é estar melhor ou atingir o bem estar do indivíduo, alcançada através do diálogo.

No diálogo entre a enfermeira e o enfermo há o encontro e a presença dos participantes e o **chamado** e a **resposta** entre eles, caracterizando a relação terapêutica **EU-TU**, de modo que a tristeza possa ser compartilhada com o outro.

A fase de evolução do processo de enfermagem tradicional visa a mudança ou não do comportamento do indivíduo. Na natureza humanista do processo de enfermagem, a preocupação não é com um comportamento final obtido, e sim com o significado da experiência para o paciente. Os pacientes com potencial a escolher e assumir responsabilidades no seu cuidado, encontram sentido para a vida e confirmam o humano da situação, dentro de suas próprias realidades, resultando em crescimento pessoal, bem estar e estar melhor, ou em saúde.

Escolhemos o processo de registro realizado e proposto por Oliveira (1998), que consiste em três etapas: **Conhecimento Intuitivo, Conhecimento Científico e Fusão Intuitivo-Científico**, sendo que estas fases acontecem simultaneamente, de forma sobreposta ou interligada.

Conforme Oliveira (1998), a primeira fase do processo de registro, chamada de **Conhecimento Intuitivo**, acontece quando o cuidador (profissional) procura conhecer o paciente, mostrando-se aberto, receptivo e disponível para vivenciar os fatos junto com o mesmo e a partir do seu auto conhecimento tenta compreender intuitivamente a experiência do outro (paciente); a segunda fase, chamada de **Conhecimento Científico**, é caracterizada pela interpretação do conhecimento intuitivo vivenciado, somando o conhecimento científico. É nesta etapa que se busca informações em prontuários (resultado de exames), junto a outros



profissionais e revisão bibliográfica, por exemplo; e, se compartilha tais conhecimentos, numa relação de troca entre paciente e cuidador (profissional) frente aos assuntos que possam emergir desta experiência, onde ambos podem aprender e ensinar; a terceira fase, chamada de **Fusão Intuitivo-Científico**, se faz uma análise da experiência vivenciada, procurando intercalar os conhecimentos intuitivo e científico, que contribuirá para a (re) estruturação das metas da prática assistencial.

## **5 OBJETIVOS / ESTRATÉGIAS / AVALIAÇÃO**

### **5.1 Objetivo Geral**

Prestar Assistência de Enfermagem a **Gestantes de Alto Risco** em regime de **internação hospitalar, que vivenciam um momento de crise**, utilizando a Teoria da Prática Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad

### **5.2 Objetivos específicos**

**Objetivo 1:** *Conhecer a estrutura física e funcional da Unidade de Obstetrícia do Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes, onde será desenvolvido o estágio.*

#### **Estratégias:**

- \* Visitar a unidade de Obstetrícia (4º A- Gestação de Alto Risco), antes do início do estágio, para fazer o reconhecimento do campo.

- \* Solicitar informações junto a enfermeira e funcionários da Unidade de Obstetrícia de Alto Risco sobre a estrutura funcional.

**Avaliação:** O objetivo será atingido quando as acadêmicas realizarem a visita à Unidade Obstétrica com a troca de informações com a enfermeira e demais funcionários.

**Objetivo 2:** *Identificar as gestantes de alto risco em situação de crise.*

**Estratégias:**

- \* Acompanhar a passagem de plantão.
- \* Participar da visita as gestantes junto com a enfermeira.
- \* Obter informações junto a equipe de enfermagem.
- \* Realizar encontro individual com cada gestante.

**Avaliação:** O objetivo será alcançado quando do cumprimento das estratégias que possibilitarão identificar e eleger as gestantes a serem assistidas.

**Objetivo 3:** *Prestar assistência de enfermagem humanística a oito gestantes de alto risco identificadas como em situação de crise, durante o período de internação.*

**Estratégias:**

- \* Apresentar às pacientes a proposta de assistência.
- \* Aplicar o processo de Enfermagem de Paterson e Zderad a oito pacientes.
- \* Construir atividades de auto-conhecimento, educativas, relaxamento e reflexivas, junto as pacientes.

**Avaliação:** O objetivo será contemplado quando da aplicação das estratégias acima propostas.

**Objetivo 4:** *Propor oficinas e grupos de debates junto a equipe de saúde envolvida no cuidado da gestante de Alto Risco.*

**Estratégias:**

- \* Discutir a proposta com a equipe na primeira semana de estágio.
- \* Levantar temática básica junto a equipe da unidade conforme necessidade e solicitação da própria equipe.
- \* Organizar oficinas e grupos de debates de acordo com as temáticas escolhidas junto à equipe de saúde.

**Avaliação:** O objetivo será cumprido com a aceitação e participação dos profissionais da equipe de saúde da unidade, frente às atividades propostas.

**Objetivo 5:** *Participar de eventos que contribuam com o processo de ensino-aprendizagem, nas áreas de obstetrícia, psiquiatria e saúde mental.*

**Estratégias:**

- \* Buscar informações sobre eventos nas áreas de interesse do grupo.
- \* Adequar ao cronograma a participação em eventos, respeitando a carga horária do projeto assistencial.
- \* Requerer recursos junto à Universidade para eventos em outras localidades.

**Avaliação:** o objetivo será conquistado com a participação do grupo em eventos, seguida de comprovação mediante certificados.

**Objetivo 6:** *Divulgar, no curso de Graduação em Enfermagem, as possibilidades de novos campos de Assistência de Enfermagem Psiquiátrica.*

**Estratégia:**

- \* Encaminhar à coordenação da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica II, uma proposta para a exposição do presente projeto de assistência aos acadêmicos e professores da 7ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

**Avaliação:** O objetivo será alcançado com a aceitação da Coordenação da Disciplina de Enfermagem Psiquiátrica II, para a execução da proposta sugerida.

## 6 APRESENTANDO RESULTADOS

**Objetivo 1:** *Conhecer a estrutura física e funcional da Unidade de Obstetrícia do Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes, onde será desenvolvido o estágio.*

O conhecimento do campo de estágio se deu primeiramente através das visitas feitas pelo grupo ao hospital, especialmente ao 4º andar (Unidade A- Obstétrica) antes de iniciar o estágio, onde foi feita a solicitação desta unidade para a realização do Projeto Assistencial. Além disso, na primeira semana de estágio passamos a conhecer e a nos relacionar com os funcionários; a nos familiarizar com o funcionamento da unidade; a solicitar informações sobre o funcionamento estrutural (organizacional e político) junto às enfermeiras responsáveis pelas unidades A e B do 4º andar, à chefia de Enfermagem desta unidade e direção do hospital. Tais informações foram colhidas através de relatos verbais feitos pelos profissionais, pois a unidade A do 4º andar não possui documentos que descrevam as normas, rotinas de trabalho e a participação do profissional enfermeiro nas decisões, que poderiam relatar de forma documental o funcionamento das unidades. Todas estas informações já foram detalhadas na contextualização do campo.

Acreditamos ter atingido este objetivo, pois através das visitas, das informações colhidas junto a vários profissionais e da familiarização com o campo de estágio e seu funcionamento, conseguimos ter uma visão do local escolhido para a realização do Projeto Assistencial.

**Objetivo 2:** *Identificar as gestantes de alto risco em situação de crise.*

Para que identificássemos as gestantes de alto risco em condição de crise ao longo da aplicação do Projeto Assistencial, o fizemos sobretudo através de encontros individuais com as gestantes, que aconteciam após o grupo ter identificado as mesmas, utilizando o senso de intuição da unidade e lido o relatório de Enfermagem, seguido de um sorteio das pacientes entre as acadêmicas; nestes encontros procurava-se conhecer o estado emocional das gestantes, para então identificar/confirmar a situação de crise. Utilizamos, também, a obtenção de informações e de encaminhamentos da equipe de saúde da unidade (enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de Enfermagem, doutorandos e estagiária de Psicologia); a participação das visitas junto à enfermeira, auxiliando-a no cuidado (ausculta de batimentos cardíaco-fetais, dinâmica uterina, verificação dos sinais vitais, acolhimento da paciente e resgate de informações para histórico de Enfermagem); e, acompanhando a passagem de plantão (mais usada no início do estágio, por aproximadamente duas semanas e abandonada posteriormente. O grupo concluiu que esta estratégia não estava correspondendo às expectativas, por acontecer de forma informal, de uma enfermeira para a outra e sem a participação dos demais integrantes da equipe de Enfermagem, onde se recebia informações do estado biológico/físico das pacientes).

Consideramos ter alcançado este objetivo, pois através das informações obtidas da equipe de saúde e dos encontros individuais realizados com as gestantes de alto risco, pudemos identificar as que estivessem vivenciando uma situação de crise.

**Objetivo 3:** *Prestar assistência de enfermagem humanística a oito gestantes de alto risco identificadas como em situação de crise, durante o período de internação, utilizando a Teoria Humanística da Enfermagem de Paterson e Zderad e aplicando o modelo de Processo de registro realizado e proposto por Oliveira (1998).*

Interagimos com 20 pacientes para o cumprimento deste objetivo, sendo assim, doze a mais do que tínhamos proposto. Antes de interagir com estas pacientes apresentávamos nossa proposta de assistência, onde explicávamos da possibilidade de escolherem o momento de interromper, caso fosse a vontade delas (o que não aconteceu em nenhum caso). Em respeito às questões éticas envolvidas no cuidado às pacientes por nós prestado, as mesmas serão mencionadas pelas suas iniciais. Seleccionamos uma paciente para a apresentação do Processo

de Enfermagem aplicado, considerando sobretudo o fato das acadêmicas terem se sensibilizado profundamente com seu sofrimento; e, apresentaremos o relato das outras sete pacientes, às quais também aplicamos o Processo de Enfermagem, acreditando que desta forma a leitura seja mais agradável. Quanto à construção de atividades de autoconhecimento, educativas, de relaxamento e reflexivas junto às pacientes, nos propusemos a usar esta estratégia, conforme a necessidade de cada uma; as de auto-conhecimento, geralmente estavam associadas às de relaxamento e reflexivas, que ora foram vivenciadas individualmente ora em grupo de no máximo três gestantes. Da mesma forma, foram realizadas as educativas, cujos assuntos abordados permearam questões sobre sexualidade, contracepção, doenças na gravidez e UTI-Neonatal, trabalhados através de conversa e desenhos. Faremos um breve relato de um tipo de atividade de auto-conhecimento/reflexiva, proposta por nós às pacientes. Ao percebemos que as mesmas estavam muito tensas física e emocionalmente; sugeríamos uma vivência corporal- **diálogo das mãos**; técnica: pedíamos que fechassem os olhos e se desligassem de seus pensamentos, o quanto fosse possível, que respirassem profundamente, que tocassem suavemente e alternadamente as palmas das mãos (uma recebia o toque e a outra tocava, por 4 vezes consecutivas), sempre prestando atenção nas sensações corporais e na mão que recebia o toque, respirando mais profundamente, depois pedíamos que passassem a tocar o dorso e os dedos, por 3 a 4 minutos; por último que abrissem os olhos e olhassem para cada mão, deixando que cada uma exteriorizasse seus sentimentos. Com esta vivência as gestantes puderam se perceber, relaxar e falar de seus sentimentos/sensações, ao passo que tomavam consciência de como estavam no momento, sobretudo de uma forma indireta, lúdica e, para muitas pacientes, nova. Dentre tantas falas, destacamos a de uma paciente: **“...estava me sentindo tão mal, que parecia não sentir nada, agora até senti meu filho se mexer, ele está vivo! Ele está dentro de mim...”**

Apresentaremos a seguir, o Processo de Enfermagem aplicado à paciente “G” e os relatos das demais pacientes, as quais também aplicamos o Processo de Enfermagem.

Conhecimento Intuitivo	Conhecimento Científico	Fusão científico/intuitivo
<p><b>1º Contato:</b></p> <p>Como já havíamos estabelecido a rotina diária, ao chegarmos na Unidade verificávamos os registros atualizados das internações, e nos dirigíamos aos quartos para uma rápida visita. Entramos no quarto 10, onde estava internada C., uma paciente que já vínhamos acompanhando a algumas semanas. Dirigimo-nos à ela abraçando-a e desejando-lhe um bom dia , pois já havíamos conseguido um certo grau de intimidade e compartilhamento que nos permitia tal intimidade. Foi neste momento que percebemos no leito ao lado uma jovem, aparentando uns 25 anos, com uma barriga insinuando uns 7 meses de gestação, deitada na cama sem se mexer, com os olhos arregalados, os ombros levantados em direção a cabeça e uma expressão assustada, nos parecendo estar escondida atrás de óculos de lentes grossas. A cama estava erguida na posição dos pés, o que mantinha as pernas da jovem elevadas. Mal nos olhou. Aproximamo-nos do leito cumprimentando-a com um sorriso. Ela movimentou a cabeça levemente, sem pronunciar nenhuma palavra, e pareceu-nos ainda mais tensa. Tínhamos a sensação que ela queria esconder-se entre os ombros. Chegamos um pouco mais perto, nos apresentamos e numa</p>	<p>Neste instante lembramos do registro de internação que consultamos na chegada do plantão e mencionava que G. tinha sido internada no dia anterior por apresentar Trombose Venosa Profunda em MMII- TVP.</p>	<p>O que significava aquela expressão?</p> <p>O encontro só pode ocorrer</p>



<p>tentativa de conseguir algumas palavras, perguntamos qual o motivo de sua internação. Com uma das mãos apontou para suas pernas dizendo em voz quase inaudível:</p> <p>Enquanto ela falava percebemos que seus olhos encheram-se de lágrimas. Numa tentativa de consolo, colocamos as mãos em sua barriga e perguntamos como estava o bebê. Imediatamente ela colocou suas mãos sobre o rosto e numa explosão de choro compulsivo disse:</p> <p>Neste momento sentimos nossos corpos serem tomados por uma onda de calor, e um misto de sentimentos de culpa por termos mencionado a saúde do bebê sem termos nos precavido de coletar informações, e compaixão frente à visão do sofrimento e desespero daquela mãe. Naquele momento, tomadas pela emoção, nos sentimos embargadas, e em respeito a tamanha expressão de dor, silenciámos.</p> <p>Após alguns minutos combinamos que voltaríamos mais tarde para conversarmos.</p>	<p>“ _ Tenho muitas varizes, e quase não consigo ficar em pé de tanta dor. A perna parece que está queimando.”</p> <p>“Meu bebê não tem cérebro.”</p> <p>G. é uma gestante de 27 anos, casada, em sua segunda gestação. O primeiro filho tem 4 anos. Mora com o marido e o filho na cidade de Palhoça. Pertence a Igreja Assembléia de Deus a qual</p>	<p>quando há reciprocidade.</p> <p>Quem terá lhe dado esta informação? Há quanto tempo ela tinha conhecimento deste fato?</p> <p>Conhecer antes interagir é de suma importância para que o relacionamento se estabeleça.</p> <p>O silêncio muitas vezes é benéfico e consolida a relação.</p> <p>Percebemos naquele momento que às vezes precisamos deixar G. só, para que possa trabalhar suas emoções, e que a equipe precisa estar atenta à todas</p>
--	--	--

	<p>freqüenta assiduamente com a família. Conforme informações colhidas nos prontuários foi internada em 21.11.02 às 13:20 h referindo dor intensa em MMII, apresentando hiperemia e varizes acentuadas. Na internação apresentava-se chorosa, ansiosa. Apresenta gestação de 29s + 4 dias com feto único, vivo, dorso à direita e anencéfalo.</p> <p>PA 110/70; P 84; T 36.9°; BCF 132; DU (-).</p> <p>Exames:</p> <p>Hemograma</p> <p>Hematócrito 29,9</p> <p>Hemoglobina 9,9</p> <p>Em dados colhidos com a equipe de saúde, G. realiza o pré -natal no ambulatório do Hospital onde recebeu o diagnóstico de anencefalia fetal a pouco mais de 1 mês.</p> <p>A internação se deu em virtude da necessidade de investigação de Trombose Venosa Profunda-TVP, por encaminhamento do especialista vascular. O feto foi considerado viável e dentro dos padrões normais para a patologia apresentada.</p>	<p>informações sobre a paciente quando busca estabelecer o encontro. Precisávamos também trabalhar nossas emoções. É neste momento que percebemos a importância do auto-conhecimento para poder conhecer o outro.</p>
--	--	---

<p><b>2º Contato</b></p> <p>Aproximadamente duas horas depois do primeiro encontro, retornamos ao quarto de G. conforme havíamos combinado. Desta vez a encontramos deitada em decúbito lateral esquerdo, com as pernas flexionadas e a cabeça fletida em direção ao queixo. Sua expressão agora já não nos parecia de medo, mas de tristeza, pois estava olhando para baixo, calada. Nos aproximamos e perguntamos como ela se sentia, ao que nos respondeu:</p> <p>Aproximamos umas cadeiras para junto à cama e nos sentamos encostadas a ela. Também já estávamos mais calmas, e mesmo sem saber muito bem como abordar de forma “profissional” o assunto, resolvemos colocar o que estávamos sentindo. Falamos que havíamos ficado emocionadas, e que percebíamos o quanto ela poderia estar sofrendo, e que se ela permitisse gostaríamos e poderíamos lhe fazer companhia; para conversarmos, prestarmos informações e ajudarmos a ultrapassar as dificuldades enquanto estivesse internada. Percebíamos que G. estava retraída, o que nos fez incluir a outra companheira de quarto, a qual já estávamos acompanhando a mais de um</p>	<p>“-Agora estou mais calma”.</p>	<p>É colocando-se no lugar do outro, que caminhávamos para o estabelecimento do verdadeiro encontro.</p> <p>O encontro ainda não estava estabelecido, porém o relacionamento começava a torna-se mais intenso.</p>
--	-----------------------------------	--

<p>mês em uma conversa informal. Falamos das dificuldades de se enfrentar uma internação, de se estar em um ambiente desconhecido, das incertezas, medos e surpresas que nos reservam a vida. Neste contexto G. foi se mostrando mais comunicativa, e começou a falar mais sobre si mesma:</p> <p>“- Sabe, eu nunca imaginei que isso pudesse acontecer comigo. A gente nunca espera.”</p> <p>“-Já, mas eu gostaria de conhecer algum bebê, outro caso, pra saber como é. Essas crianças não se mexem e só ficam na cama , não é?</p> <p>Neste momento sentimos que G. ainda não tinha assimilado e nem compreendido as reais condições de sua gestação.</p>	<p>“O bebê mexeu a noite inteira e a médica disse que o coração está batendo normal”.</p> <p>Perguntamos se o médico já tinha conversado e explicado para ela sobre as condições do bebê. Sempre com lágrimas rolando pelo rosto, disse:</p> <p>“A médica que esteve aqui escutando o coração do bebê disse que conhece uma criança que já tem 3 anos.”</p>	<p>Mostramo-nos presentes genuinamente e nesta relação conseguimos compreender os chamados, mas entendemos que ainda faltavam respostas.</p> <p>Ela continuava chamando, mas a equipe não estava lhe dando as respostas esperadas. A equipe chamava, mas ela não conseguia compreender este chamado.</p> <p>Será que foi mal orientada? Dificuldade em aceitar a situação? As informações trocadas entre a equipe e repassadas a G. estão corretas? A equipe médica não aborda diretamente o assunto em linguagem acessível sobre o diagnóstico e prognóstico claramente para a mãe; usa linguagem técnica, além de não lhe oferecer um conforto, parece distante, fria.</p>
--	---	--

<p>Enquanto falávamos, uma de nós segurava a mão de G. e sentia que ela também estava segurando, inclusive com força, mantendo-se atenta, olhando com interesse e emoção. Ela chorava muito, e nós também choramos. Ficamos juntas por aproximadamente 1h:30 m.</p>	<p>Colhemos várias informações sobre a malformação (anencefalia) nos livros de medicina do Centro de Estudos e conversamos com médicos e enfermeiros da unidade para nos certificar da viabilidade do feto, e como G. foi orientada frente ao diagnóstico e prognóstico. Cientificamente conseguimos colher todas as informações que necessitávamos.</p> <p>A partir da constatação da pouca informação que demonstrava ter, passamos a explicar todo o processo de fecundação, o momento da ocorrência da malformação, e a importância do cérebro, as consequências de não tê-lo formado.</p> <p>Estimulamos a expressão de seus sentimentos (medo, culpa...), ajudando-a a enfrentar a realidade.</p> <p>Ajudamos a antecipar o luto do bebê imaginário e idealizado, visando o auxílio da aceitação da realidade, minimizando o sofrimento pós-parto e trabalhando a prevenção de uma depressão frente ao forte componente estressor.</p> <p>Oferecemos informações sobre seus direitos legais para a interrupção da gravidez. Esclarecemos sobre a possibilidade de doação de órgãos como opção de conduta a ser tomada, tendo em vista a possibilidade da gestação ser levada a termo.</p>	<p>O respaldo científico mostrou-se de suma importância juntamente com a compreensão do intuitivo no estabelecimento e fortalecimento do encontro.</p> <p>Neste momento, sentimos que o verdadeiro encontro estava se estabelecendo. Conseguimos estabelecer um relacionamento empático, mostrando-nos presentes; e, a partir dos chamados de G., procuramos respostas acessíveis.</p>
---	---	--

<p><b>3º Contato:</b></p> <p>Já havia se passado dois dias, desde o último encontro com G.</p> <p>Ela nos olhou e sorriu timidamente. Aproximamos e a cumprimentamos com um beijo na face, e fomos correspondidas da mesma forma. Seguimos para nossa rotina diária, atendendo à outra gestante que já vínhamos acompanhando a algum tempo.</p> <p>Mais tarde, fomos ao quarto para encontrá-la. Chorava silenciosamente deitada em decúbito lateral esquerdo, escondendo o rosto com o travesseiro. Sentamo-nos ao seu lado.</p> <p>“É por isso que eu tô chorando. A gente queria tanto uma menina....meu filho bem que dizia que era uma irmãzinha.”</p>	<p>Chegamos na unidade, e ao descer do elevador encontramos G. sentada em uma cadeira de rodas, sendo levada por uma funcionária até a sala de Ultrasonografia.</p> <p>Depois fomos informadas por uma funcionária que a paciente que estava fazendo USG “...não pára de chorar lá embaixo, eles já ligaram para ir buscar, e o médico já solicitou o acompanhamento da psicologia”.</p> <p>“Fiz o exame e deu pra ver o sexo do bebê, é uma menina”.</p>	<p>O encontro estava estabelecido.</p> <p>Será que a equipe estava compreendendo seus chamados?</p>
---	---	---

<p>Conversamos neste encontro sobre sua família, seu filho, marido e as expectativas de todos sobre a gravidez.</p> <p>“_Minha irmã ficou muito triste. Foi muito difícil para ela e meu cunhado. Ela até ficou com medo de engravidar de novo,mas depois com o tempo foi passando. Hoje ela tem dois filhos bem saudios, e tá tudo bem.....eles vivem bem..”</p> <p>Neste encontro percebemos que com o decorrer da conversa G. se mostrava mais orientada e tranqüila, estava com um olhar sereno, a face sem marcas de tensão. Colocou: “Às vezes me sinto culpada, mas sei que não fiz nada de errado”.</p> <p>Também tocava a barriga com maior segurança, gesto este que não havíamos percebido até este encontro.</p>	<p>G. relatou a sua história pessoal, de onde veio, como conheceu seu marido, como foi sua primeira gravidez. Relembrou que sua mãe tinha sofrido um aborto, e que uma de suas irmãs tinha perdido um filho logo após o nascimento.</p> <p>Aproveitamos este momento e repassamos todas as informações legais sobre a possibilidade de se interromper a gravidez e conversamos sobre as condições necessárias para a doação de órgãos.</p>	<p>G. através de seus chamados busca referências em sua história pessoal como forma de aceitação da realidade e tentativa de lidar com seu problema. Ao mesmo tempo que chama, ela procura as respostas.</p> <p>Será que estava aceitando melhor a situação vivenciada?</p>
--	--	---

<p><b>4º Contato:</b></p> <p>Quando entramos no quarto 10 para o encontro com a paciente a encontramos sentada na cama, e nos recebeu com um sorriso mais espontâneo. Ela nos parecia mais serena, e não usava aqueles óculos de grossas lentes que estávamos habituadas a ver. Vestia um vestido azul claro que nos transmitia uma sensação de luminosidade. Parecia ter saído do banho e tivemos a impressão de que nos aguardava. Nesse dia falamos sobre o seu bebê, e ela se mostrava interessada em saber sobre as sensações e reações do bebê. Acariciava a barriga com maior espontaneidade.</p> <p>“Será que meu bebê também escuta, se ele não tem cérebro?”</p> <p>Deixamos que a nossa sensibilidade e experiência pessoal falassem. Sugerimos que provavelmente ele pudesse ouvi-la de outra forma, não como nós estamos acostumados, mas através de suas sensações. E como o bebê foi concebido e gerado com esta malformação, não conhecia o</p>	<p>“-Li nas revistas que os bebês escutam tudo o que as mães falam quando estão aqui dentro da barriga.”</p> <p>Neste momento nos lembramos de trabalhos que tínhamos vivenciado de renascimento.</p>	<p>Os chamados de G. foram atendidos, as respostas dadas pareciam estar sendo satisfatórias. Numa presença genuína, estabelecemos o verdadeiro encontro.</p> <p>O encontro se consolidava cada vez mais.</p> <p>O encontro de G. com o bebê também estava se estabelecendo aos poucos. Ela começava a compreender os seus chamados.</p>
---	---	---



<p>ser diferente disso, assim como os que nascem cegos, surdos ou mudos... e provavelmente ele pudesse sentir e ter sensações através daquilo que ela sentia e vivenciava.</p> <p>“Será que ela pode sentir então essa tristeza que eu sinto? Então não é bom eu ficar tão nervosa assim, porque o bebê sente...”</p> <p>Percebíamos que G. começava a permear seus próprios caminhos de compreensão e aceitação de sua realidade, não chorava mais e parecia mais interessada em falar sobre seu problema quando nos disse:</p> <p>(acariciando seu ventre) “Se Deus me deu meu bebê assim, posso cuidar dele o tempo que estiver aqui comigo...”</p>	<p>Segundo, MacLean (1984) ampliando e aprofundando a Teoria de James Papez, em sua obra, considera que na evolução do cérebro humano novas estruturas foram adicionadas no decorrer da filogênese e entregou ao homem uma herança de três cérebros: o reptiliano, límbico e neocórtex, sendo que o cérebro reptiliano é o mais antigo na evolução e o responsável pela sobrevivência. É a parte da base do diencefalo, compreendendo estruturas do tronco encefálico como substância reticular, mesencéfalo e gânglios da base. Desempenha um papel preponderante no comportamento emocional do indivíduo. São as emoções e sensações mais primitivas no indivíduo (MACLEAN, 1984).</p> <p>“-Eu não esperava passar por isso, mas eu sei que meu bebê não tem chances de sobreviver por muito tempo fora da minha barriga”.</p> <p>Elaboração do luto do bebê imaginário e aceitação do bebê real.</p> <p>G. orientada e demonstrando compreensão sobre as informações repassadas.</p>	<p>A compreensão dos chamados e respostas de G. foi de suma importância para que ela compreendesse os chamados de seu bebê. Buscando de forma científica e intuitiva estabelecer o encontro; proporcionamos o verdadeiro encontro: mãe/bebê e acadêmicas/mãe.</p>
--	---	---

<p><b>5º Encontro</b></p> <p>Havia se passado dois dias desde nosso último encontro. Quando chegamos ao quarto percebemos que G. estava um pouco agitada e depois de nos abraçarmos foi logo dizendo:</p> <p>Perguntamos como tinha sido o encontro, ao que nos respondeu:</p> <p>Sugerimos a ela que a psicóloga poderia ajudar também. Que era outra pessoa, e tinha seu estilo e método próprio de trabalhar.</p> <p>“-Não é que não gostei dela, mas ela fez um monte de pergunta pra eu responder....não é como a gente faz, que vai conversando, conversando...”</p> <p>Voltamos a insistir que ela tentasse mais uma vez, e que ela poderia ser sincera com a psicóloga e falar como estava se sentindo em relação a ela e</p>	<p>“-A psicóloga veio aqui falar comigo....”</p> <p>“Eu prefiro conversar com vocês...é diferente”.</p> <p>A gente conversa, eu consigo perguntar as coisas que não sei, vocês falam algumas coisas que me ajudam bastante. Eu posso chorar, e não tenho vergonha....Depois das nossas conversas quando vocês vão embora eu me sinto mais aliviada. Eu já me sinto melhor...Vocês lembram como é que eu cheguei aqui?”</p> <p>G. está sentindo-se melhor. Identifica evolução positiva de seu estado emocional, e melhora de seu estado geral.</p> <p>G. resistente à intervenção da psicóloga.</p>	<p>A psicóloga compreende os chamados da paciente?</p> <p>Será que a psicóloga já havia estabelecido um relacionamento anterior?</p>
---	---	--

<p>também sobre os nossos encontros e conversas. Perguntamos se haviam combinado outro encontro, ao qual nos confirmou que seria no dia seguinte.</p> <p>Combinamos que ela conversaria com a psicóloga mais uma vez e marcamos outra conversa para dali a dois dias.</p>	<p>Trocamos informações e discutimos o caso com a estagiária da psicologia que atendeu G.; Repassamos a ela nossas considerações e conclusões sobre a evolução de G.; Recebemos apoio, e confirmações sobre a maneira como estávamos conduzindo, reforçado pela própria observação da psicóloga quanto o estado atual de G.</p>	<p>A relação interdisciplinar colabora para o entendimento dos chamados e respostas de G.</p>
---	---	---

<p><b>6º Contato:</b></p> <p>Dois dias mais tarde, passado o final de semana, conforme o combinado, fomos logo no início do plantão combinar o melhor horário para nosso encontro. Ao entrarmos no quarto encontramos a paciente acompanhada pelo marido e a mãe, com seus pertences pessoais arrumados sobre a cama. Imediatamente ela veio ao nosso encontro dizendo:</p> <p>“Pensei que a gente não ia mais se falar...”</p> <p>Sentimos certa aflição por parte de G. e principalmente no marido, que nos interrompeu dizendo:</p> <p>“Agora não sei como vai ser...”</p> <p>Neste momento G. encheu os olhos de lágrimas e apertando a mão de uma de nós disse:</p>	<p>“Já estou de alta. O médico passou bem cedo, disse que eu posso ir para casa e continuar o tratamento lá, até chegar a hora do bebê nascer”.</p> <p>“-Ela vai ter que tomar aquela injeção todo dia, até o final, e a assistente social disse que o hospital não vai poder arrumar a medicação, eu já tive lá conversando com ela”.</p> <p>“O médico disse que eu preciso tomar as injeções e só vai me deixar ir embora depois que conseguir o remédio. Também preciso de alguém para aplicar a Heparina todos os dias”.</p>	<p>Uma vez estabelecido o encontro, sentimos necessidade da presença genuína.</p>
--	--	---

<p>“E agora? A gente precisa resolver isso...”</p> <p>A família toda, tanto o marido, quanto a mãe de G., parecia desorientada, com expressão de dúvida, como se estivessem sem ação frente a um problema que acreditavam não saber como resolver.</p> <p>Nesta hora procuramos acalmar a todos, dizendo que iríamos verificar e nos informar melhor sobre a situação e voltaríamos para conversarmos depois.</p>	<p>Em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente do hospital, levamos ao conhecimento daquele setor as dificuldades que a família estava enfrentando. Prontamente a responsável por aquele setor, sensibilizada, assumiu o compromisso em tentar encontrar uma forma de minimizar a dificuldade da família, envolvendo outros setores do hospital e a família. Desta forma conseguiu-se todas as seringas necessárias até o final de seu tratamento, e a orientação e o encaminhamento da família para a aquisição da medicação, a mais acessível . A mãe de G. foi orientada, por nós, a participar do cuidado, aprendendo a como administrar a heparina e todos os cuidados a ela referentes. Da mesma forma, G. foi orientada e participou ativamente do aprendizado para o auto cuidado, como a orientação de repouso, a necessidade de pernas elevadas e o uso de meias elásticas.</p>	<p>Mais uma vez os chamados de G. e família ainda não estavam sendo atendidos adequadamente.</p>
---	--	--

<p>Ao final do dia G. foi liberada para deixar o hospital. Nos abraçamos com ternura. Seu rosto estava tranqüilo e esboçava um belo sorriso. Acompanhamos a todos até a saída do hospital, e ao nos despedirmos, G. disse:</p> <p>“Obrigado por tudo.....eu sei que ainda tenho muita coisa pra enfrentar, mas tenho fé em Deus....vocês me ajudaram muito....Tomara que quando eu voltar vocês já estejam formadas e trabalhando de vez aqui...”</p> <p>G. se foi, mas deixou em nossos corações um pedacinho de si, e certamente levou um pouco de nós.</p>	<p>“Eu cheguei aqui me sentindo tão fraca, sem força nenhuma.”</p>	<p>Ouvindo os chamados de G. e família, conseguimos respostas. Os mesmos ouviram nossos chamados e se disponibilizaram para as respostas.</p> <p>Percebemos então, que cuidar de forma intuitiva e científica, favorecendo o relacionamento com presença genuína, é fundamental para o estabelecimento do encontro, buscando desta forma, o bem estar e o estar melhor de G.</p>
---	--	--

**PACIENTE M. F.**

M.F., 29 anos, procedente de São José/SC, encaminhada à Unidade Obstétrica/4ºA pela triagem obstétrica no dia 02/11/02- motivo da internação: **sangramento vaginal**, diagnóstico médico: **ameaça de aborto**, por suspeita de bolsa rota;  $\pm$  24 semanas de gestação; G: II, P: I, DU: -, BCF: +, ABO: 0; é faxineira, reside em casa própria com a filha (12 a) do primeiro casamento, do qual viuvou há dez anos; está há 1 mês separada do atual companheiro (pai do filho que está esperando), devido a desentendimentos provocados pela ex-esposa dele.

Interagimos com M.F. em seis encontros, desde o dia 04/11/02 até 11/11/02 (data de sua alta hospitalar). M.F., durante a visita da enfermeira, se manifestou através de **choro intenso, não conseguindo falar** e mostrando-se corporalmente **tensa**, quando a profissional comentou sobre alguns acontecimentos de sua vida registrados no relatório de Enfermagem, comportamento sugerindo que estivesse em crise; o que foi confirmado já no primeiro encontro. M.F., **enxugou as lágrimas, nos olhou e disse que estava abalada psicologicamente**, sentindo-se **impotente frente aos seus problemas**; ao final do primeiro encontro, a paciente aceitou continuar interagindo conosco e recebendo a assistência proposta.

M.F., estava se recuperando da **perda de sua mãe há dois meses**, que morreu por enfisema pulmonar, quando **se separou do companheiro há 1 mês** e agora está com **ameaça de aborto**, fato este que associa a **dois episódios de agressão** por parte **do companheiro e estresse emocional**, além de ter sido levantada uma suspeita médica de **mal-formação fetal** (onfalocele).

Durante a internação, M.F. permaneceu sem acompanhante, mas recebeu visitas diárias de alguns familiares, amigas e do companheiro. Em nossos contatos sugerimos que elegeisse dentre as situações de vida, que estava passando, a(s) que fosse(m) no momento, a(s) mais importante(s) para que tentasse resolver, de uma forma mais saudável ou menos sofrida possível, além de procurar aceitá-las. M.F. elegeu **sua saúde e de seu bebê**. A partir daí, buscando fortalecer o relacionamento proporcionamos um espaço para que refletisse e falasse sobre como estava vivenciando sua hospitalização; procuramos facilitar/amenizar sua estada no hospital, através de **contatos diários**, onde também **foram trabalhadas as outras questões** levantadas/trazidas por ela; esclarecemos suas dúvidas quanto aos exames, rotinas do hospital e seu diagnóstico; realizamos educação em saúde; e, propusemos momentos de **relaxamento corporal**. Buscamos desta forma, unir o intuitivo e científico, para que pudéssemos estabelecer o encontro.

Quanto à suspeita de mal-formação, a mesma foi descartada durante a internação.

M.F. no dia de sua alta hospitalar, falou sobre a importância de ter sido acompanhada por nós, pois estava muito ansiosa, sem saber o que fazer frente aos seus problemas e com medo de enlouquecer; que com o passar do tempo se sentiu mais calma e segura para aceitar e lidar melhor com os fatos de sua vida.

Percebemos que mesmo não estabelecendo o verdadeiro encontro, pudemos nos mostrar presentes e estabelecer um relacionamento que priorizou os chamados e respostas de M..F.

### PACIENTE M. L.

M. L., 31 anos, procedente de Águas Mornas/SC, encaminhada à Unidade Obstétrica/4ºA pelo Centro Obstétrico no dia 15/11/02- motivo da internação: **perda de líquido amniótico e sangramento vaginal**, diagnóstico médico: **amniorrexe prematura**;  $\pm$  20 semanas de gestação; G: VI, PN: IV, PC: I, DU: –, BCF: +; ABO: 0; é trabalhadora rural, reside como caseira da propriedade do seu patrão (para quem ela e seu marido trabalham).

Interagimos com “M. L.” em doze contatos, desde o dia 18/11/02 até 05/12/02 (data de sua alta hospitalar). Apresentamo-nos a M.L. durante a visita do enfermeiro, falamos sobre a proposta do trabalho e combinamos um encontro com ela depois que tomasse seu café da manhã. M. L. pareceu ser uma pessoa séria e tímida, pois falava pouco, a testa franzida, como se não quisesse muita conversa. Fomos ao seu encontro e estava **chorando**, em decúbito lateral esquerdo, sendo confortada por uma paciente que havia ganhado duas semanas antes seu filho prematuro; a chamamos pelo nome suavemente, uma de nós tocou em seu ombro direito, nos colocando a sua disposição; depois de algum tempo ( $\pm$  3 minutos) de **choro ininterrupto**, M. L. , nos disse que estava **precisando conversar** com alguém, que **não estava se sentindo bem**, que estava **sentindo uma coisa ruim por dentro**. Sentimos que os chamados de M.L. não estavam sendo ouvidos, nem atendidos. M.L. parecia estar muito ansiosa; e, de repente aquela mulher ao soluçar, parecia uma criança **assustada, fragilizada**. No primeiro contato, **sua maior preocupação era com os filhos que deixara com o marido em casa**, pois nem suspeitou ter de ficar internada. Procuramos confortá-la, proporcionando um momento de reflexão quanto ao esforço que marido pudesse estar fazendo para tentar oferecer o melhor a sua família; sugerimos que ligasse para a casa do patrão, a fim de saber notícias da família; porém, sentimos a necessidade de resgatar o motivo de sua internação, bem como a importância de estar internada, tendo em vista que M. L. não falava de sua gestação (**estaria**



**negando seu problema de saúde? sua gestação?);** tratava-se de sua **primeira internação hospitalar**, sendo que só procura o hospital para ganhar seus filhos. Percebemos que M.L. estava em crise, mostrando-se ansiosa, chorando bastante, com **aparência um pouco descuidada**, referindo mal-estar e solicitando atenção; sobretudo pela dificuldade que demonstrou apresentar, em lidar com a internação inesperada, que forçosamente a separou de sua família. Precisávamos interagir, mostrando-nos presentes de forma genuína.

Aceitou continuar interagindo conosco e recebendo a assistência proposta. Durante sua internação, procuramos proporcionar seu bem-estar e seu estar-melhor, através de contatos diários, onde nos dispomos a ouvi-la, assim como em trocar experiências de vida com ela, onde foi possível refletir sobre o papel da mulher, na família/sociedade; ao longo dos encontros, M. L. pareceu ter encontrado a melhor forma para lidar com suas emoções, reações e aflições, que a cada dia se manifestavam em intensidades variadas, conforme o motivo que as provocavam. Foram trabalhados seus **sentimentos/dúvidas** frente a outras questões, como: **parto** (tipo, anestesia, contrações verdadeiras), **permanência do bebê no berçário** (UTI-NEONATAL), **amamentação**, métodos **contraceptivos**, **laqueadura**, ciúme do filho mais novo para com o bebê. Mais uma vez, o científico reforça o intuitivo, para que pudéssemos fazer a fusão dos dois.

Interagimos com M.L. até depois do nascimento de A.G. (38 semanas, 2600Kg), o qual nos emocionamos muito, sobretudo por conhecer aquele que acreditávamos estar ajudando também, prevenindo sua saúde mental, à medida que sua mãe começou a se sentir melhor e a aceitar e compreender os fatos que estava vivenciando de uma forma menos sofrida.

A cada contato, M.L. falava do quanto estava sendo bom para ela poder contar com nossa ajuda, que **não sabia o que seria dela se não estivéssemos ali para acolhê-la** nos momentos mais difíceis; estabelecemos um bom relacionamento; em certos dias sentíamos que M. L. esperava por nós, ao nos ver sorria espontaneamente, apesar de seu sofrimento, era afetuosa (nos abraçava forte e prolongadamente, às vezes ficava na porta do quarto de frente para o corredor e quando nos via dizia: “oi, já tomei café e estava esperando vocês para conversar”..., entre outras demonstrações), nos procurou na unidade para contar que havia ganho seu bebê no fim de semana e nos levou no berçário para que conhecêssemos seu filho. Nesta relação, o verdadeiro encontro se deu de forma sublime, pois tanto nós como M.L. nos disponibilizamos para que este momento mágico acontecesse.

Pudemos conhecer M.L., uma mulher simples, com uma história de vida sofrida, que se mostrou sensível às questões existenciais e sobretudo com uma grande força de vontade para vencer seus obstáculos.

#### PACIENTE C. M.

C.M., 22 anos, casada, empregada doméstica, admitida pela emergência obstétrica em data de 25.10.02. **Primigesta de 29 semanas**, com PA 190x120 mmHg, **anasarca e proteinúria**. Encaminhada para a Unidade de Alto Risco com diagnóstico de **Pré-Eclâmpsia**. A paciente foi **identificada como paciente em crise**, tendo em vista que **não aceitava a sua condição de gestante de alto risco**, referindo **não se sentir doente e nem ter qualquer sintoma que lhe impusesse a necessidade de se manter internada**. Mostrava-se **arredia, quieta e introspectiva**, sempre insistindo em voltar para casa, demonstrando **não querer aceitar** sua condição de saúde. Também se mostrava pouco a vontade em falar da gravidez, referindo-se muitas vezes de que **não sentia que estava grávida**. C.M. foi acompanhada durante todo o período em que nos mantivemos no HRSJHMG e com ela aplicamos o processo de Enfermagem Humanística. Mantivemos contatos diários, respeitando sempre sua vontade com relação ao tempo destes momentos. Construímos gradativamente uma relação de presença genuína, onde foi possível trazer à tona os anseios, medos, dúvidas e sentimentos conturbados da paciente em relação a sua gravidez, **enfrentamento de suas reações emocionais**, esclarecimentos sobre os aspectos psicológicos que permeiam a gravidez. E aceitação de seu estado atual de saúde. Com o passar do tempo C.M. se apresentava **mais tranqüila**, participando **ativamente** de seu cuidado. Participou de atividade educativa, e de sessões individuais de relaxamento e respiração. Começava a estabelecer o relacionamento. Teve seu estado de saúde agravado devido a complicações renais e eminência de centralização fetal, o que resultou em uma **cesariana de emergência de 34 semanas**. Pudemos acompanhá-la em todos os momentos do parto, até o nascimento de sua filha. Nos mostramos presentes. A recém-nascida foi encaminhada à UTI neonatal, em condições favoráveis. C.M. demonstrou estar **equilibrada e enfrentando positivamente** todas as intercorrências que vinham se apresentando. O encontro se estabeleceu, como podemos perceber nas falas de C.M. **“...esse trabalho de vocês é muito importante...”** **“...consegui ficar todo esse tempo aqui graças à companhia de vocês....no começo achei que ia ficar louca...”**; **“...quando eu cheguei aqui eu não sentia que estava grávida, acho que estava com medo....nem sentia que tinha algum problema”**; **“...eu tava com tanto medo de tomar a anestesia, mas na hora não senti medo porque vocês estavam lá segurando a minha mão”**;

“...parece que a gente se conhece há tanto tempo”; “...Será que em outros hospitais tem outras enfermeiras que fazem este trabalho que vocês fazem aqui? Deveria ter, porque é muito bom”.

## PACIENTE E.R.

E.R. tem 20 anos, é procedente de Coqueiros, natural de Florianópolis, internou 22.10.2002, por motivo de **dor abdominal e dor lombar**; gestante de **27 semanas**. Interagimos durante sete dias com E.R.; iniciamos a assistência a E.R., onde constatamos que estávamos estabelecendo uma relação verdadeira e de confiança; e, assim percebemos a necessidade de estar junto E.R., prestando assim um **cuidado humanizado**. E.R. nos primeiros dias em que conversamos, permanecia sempre sentada e coberta, parecendo estar com frio, com as mãos geralmente tocando o abdômen. O encontro ainda não tinha se estabelecido. Aos poucos nosso **diálogo passou a ser vivido**, não só de perguntas e respostas sobre os sintomas advindos da gestação, mas sobre suas **emoções, medos e preocupações** e sim, da presença genuína. E.R. queixava-se muito de suas **lombalgias**, da **preocupação** que tinha **com seu bebê**, da **insegurança** que sentia frente aos profissionais de saúde e da vontade de ir para casa, pois **não conseguia aceitar a internação**. Chegamos **junto com E.R.** a relacionar muitas de suas angústias para **tentar** ajudá-la a **entender e aceitar** o que estava passando naquele momento. Estabeleceu-se o relacionamento. E.R. estava com uma **intensa anemia e uma infecção urinária alta**; tomando antibióticos, os quais teve que trocar, pois a bactéria que estava causando a infecção era resistente aos escolhidos nas primeiras prescrições. Angustiava-se com o tratamento, pois tinha **medo de que a medicação não fizesse efeito**, como os primeiros que tinha sido medicada; ficava **triste**, pois sua dor não cessava e receosa de causar maléficas conseqüências ao feto, devido sua doença e sua terapêutica medicamentosa.

Orientamos E.R. em relação a seus problemas de saúde, seu tratamento e prevenção; conversamos sobre a hospitalização, suas dificuldades e os benefícios que trazia, pois estava internada para ficar melhor e proporcionar boas condições de saúde a seu feto. Tentamos esclarecer suas dúvidas e confortá-la em relação aos métodos que os profissionais de saúde utilizaram, como as rotinas, as visitas, os exames, entre outros. E.R. com o passar dos dias, aparentava estar mais tranqüila, seu **sono** como ela dizia **tinha retornado** e suas **dores amenizadas**. E.R. nos disse que **estava mais tranqüila**, sobretudo depois dos nossos contatos. Ao recebermos o retorno do bem estar de E.R, nos sentimos muito bem, pois conseguimos atender aos seus chamados, dando as respostas que precisava, ainda que o verdadeiro encontro não havia acontecido.

Depois do fim de semana fomos ao seu encontro e E.R. havia recebido alta no dia 31.10.2002; para dar continuidade ao tratamento em seu domicílio.

### **PACIENTE S.R.**

S.R. tem 26 anos, é natural e procedente do município de São José, casada, possui 2 filhos e trabalha como dona de casa, gestante de **20 semanas**, internou dia 23/10/2002, pelo ambulatório com diagnóstico de bolsa rota. Interagimos com S.R. em oito contatos.

Durante os dois primeiros dias de internação apresentava-se **triste, apática, chorosa e ansiosa**. Tinha muito receio de perder o bebê, até fazer a ultrassonografia e constatar que o feto estava bem e que a quantidade de líquido amniótico era suficiente para manter a gestação. Certa vez S.R. disse: “Eu não faria nada com o meu bebê; se fosse para ter que tirá-lo, eu preferia morrer com ele...”

Conversamos muito sobre sua gravidez, a possibilidade de interrompê-la, os riscos que poderia estar correndo, suas responsabilidades com os outros filhos, entre outros. Quando S.R. fez ultrassonografia no terceiro dia de internação se sentiu tranqüila e feliz ao saber que o feto e a gestação eram viáveis. Então, passamos a trabalhar os meios de S.R. levar sua gestação até o final da **melhor maneira possível**. Foi orientada quanto à importância de fazer repouso, de ter uma ingesta hídrica abundante, evitar o consumo de nicotina e continuar a realização do pré-natal todos os meses.

Percebemos que não havíamos estabelecido o verdadeiro encontro com S.R., mas que estivemos presentes e estabelecemos um relacionamento que sempre priorizou os chamados e respostas da paciente.

Antes de sair do hospital, nos disse que nossos **encontros foram muito importantes** para que ela pudesse enfrentar a **hospitalização** de maneira mais agradável. S.R. recebeu alta no dia 01/11/2002.

### **PACIENTE R.G.**

R.G. tem 31 anos, branca, nascida no dia 17/09/1971, reside atualmente no bairro Floresta, localizado no município de São José, foi encaminhada pela triagem obstétrica à unidade 4º A no dia 25/10/2002, referindo **dor abdominal e perda de líquido** desde as 15:00h deste mesmo dia. Submeteu-se a **exames médicos de rotina, onde ficou constatada a dilatação** do colo uterino em 3 cm e o **rompimento prematuro de membranas** (bolsa rota), com discreta perda de líquido amniótico. O diagnóstico médico confirmou uma gestação **gemelar, monocórica e biamniótica de 31 semanas**; é **fumante** e consome em

média 10 cigarros por dia, no entanto, nega o uso de álcool e outras drogas; está em tratamento para **Diabetes gestacional** e relata história familiar da mesma doença. R.G. esteve internada anteriormente no mesmo hospital, devido a gestações anteriores, a primeira foi em 1989, onde ganhou um menino de parto cesário; nove anos mais tarde, teve uma menina de parto normal. Interagimos com R.G. em dez contatos.

Após a leitura do relatório de Enfermagem fomos estabelecer um contato. Ao entrarmos no quarto, nos deparamos com 2 gestantes cada uma deitada em seu respectivo leito. Aproximamo-nos de R.G., nos apresentamos e falamos da nossa proposta assistencial. As duas gestantes sorriram, dizendo que achavam bom ter pessoas da equipe de saúde que se preocupassem com os **fatores emocionais**, já que na maioria das vezes, os profissionais se limitam apenas em executar os procedimentos técnicos; ficamos felizes pelo comentário que fizeram.

Num segundo momento, nos aproximamos do leito de R.G. e tocando em sua barriga, perguntamos como estavam os seus bebezinhos, R.G. sorriu e respondeu que estavam bem. Perguntamos o que lhe acontecera, que motivo a trouxe ao hospital. R.G. nos contou que no dia 25/10/2002 saiu de casa para trabalhar, é auxiliar de cozinha em uma padaria, quando de repente sentiu que estava perdendo líquido pela via vaginal e logo começou a sentir dores abdominais; apavorada avisou aos seus patrões o que estava acontecendo e os mesmos não deram importância nenhuma, dizendo que era normal e que deveria comparecer ao trabalho. Com medo de perder o emprego, R.G. continuou trabalhando naquele dia até o final de seu expediente. Chegando em casa avisou ao seu atual marido sobre o ocorrido, o mesmo lhe levou às pressas para o hospital (HRSJHMG). Chegando ao hospital, R.G. foi avaliada pela triagem obstétrica e imediatamente encaminhada à unidade obstétrica 4º A, com diagnóstico de **bolsa rota** e pequena perda de líquido amniótico.

R.G. demonstrou muita indignação para com os seus patrões, que não deram importância a sua situação de risco; disse que os mesmos são muito desumanos e por isso tem medo de perder o emprego.

Tentamos tranquilizá-la, informando-a sobre seus direitos como funcionária de carteira assinada, lembrando-a sempre da importância de sua recuperação e que a saúde de seus bebês dependiam de seu **bem estar**. Aconselhando-a a procurar descansar, a fim de direcionar suas energias para a sua saúde e a dos seus bebês. Ao final deste contato nos despedimos e perguntamos o que achava de continuarmos nos encontrando durante a sua hospitalização, R.G. disse que seria ótimo e que estaria a nossa espera no dia seguinte.

No outro dia, ao chegarmos no quarto de R.G fomos recebidas com um enorme sorriso. Após alguns minutos de uma conversa descontraída, resolvemos sentar mais próximas de R.G., quando pudemos perceber que parecia estar um pouco tensa. Perguntamos se gostaria de falar sobre algum assunto em especial; R.G começou a chorar. E, num momento de desabafo contou-nos sobre seu ex-marido; disse que não agüentava a saudade de seus dois filhos do primeiro casamento; relatou que seu ex-marido sempre foi muito agressivo com ela e que diversas vezes teria apanhado do mesmo na frente de seus filhos e vizinhos. Ela largou a vida no campo assim que se casou, para ajudá-lo a montar uma venda. Contou que com o tempo, passou a cuidar da venda, da casa e de seus filhos pequenos (um deles recém-nascido na época) sozinha, pois o mesmo saía para beber todos os dias, deixando de cumprir com suas obrigações. Parecendo **muito triste**, com lágrimas nos olhos, R.G. contou que nunca recebeu carinho do ex-marido e por isso não se sentia amada. Nem mesmo no nascimento de seus filhos, não foi capaz de buscá-la na maternidade, quanto menos fazer uma visita durante a sua internação. Relatou que tinha medo de pedir a separação, pois temia a reação do mesmo; três anos se passaram após o nascimento de sua segunda filha e R.G conheceu outro homem, hoje seu atual marido, quando resolveu pedir separação; nos contou que seu ex-marido não se conformou e tentou matá-la. Ao relatar sua história, R.G não se conteve e **chorou muito**. Disse que não conseguiu trazer os seus filhos para morar com ela, pois foi espancada pelo ex-marido quando o tentou fazer; e, vem sofrendo muito por estar separada de seus dois outros filhos. Contou que foi atrás de um advogado para tentar resolver a sua situação, mas que em um ano, ainda não decidiram nada sobre o caso.

Conversamos bastante com ela e fizemos o máximo para acalmá-la. Ao final, nos despedimos de R.G., dando-lhe um abraço bem caloroso, dizendo-lhe que no dia seguinte estaríamos de volta. Começávamos a estabelecer o relacionamento através da presença genuína.

No dia seguinte, quando chegamos à unidade pela manhã, vimos que R.G. andava pelo corredor na companhia de sua colega de quarto. Esperamos que ela retornasse ao quarto, para então estabelecer o primeiro contato deste dia. E, chegando ao quarto, fomos logo lhe dando um abraço como de costume. Ao interagirmos com R.G., percebemos a sua reciprocidade, o relacionamento ia se reforçando; estávamos estabelecendo uma relação verdadeira e genuína, o que facilitou o encontro pessoa-pessoa. R.G. tomada pela empolgação por estar grávida de gêmeos, contou-nos que tinha ido visitar uma paciente que ganhara gêmeos. Aproveitamos para orientá-la quanto à importância de fazer repouso no leito, já que a mesma apresentava um quadro clínico de bolsa rota e perdera bastante líquido. R.G. voltou a falar da saudade que

sente dos seus filhos; dizendo que só seria feliz de verdade, no dia em que tivesse novamente junto a eles. Em seguida procuramos estimulá-la a tomar contato com os seus bebês. Novamente voltamos a sugerir que ela procurasse não pensar somente em seus problemas e concentrasse suas energias nos bebês que estavam para nascer, pois isso ajudaria a diminuir as suas ansiedades. R.G nos contou que tinha medo de morrer na hora do parto e começou a chorar. Procuramos acalmá-la novamente, dizendo que este medo era normal, pois a cada dia que passava se aproximava mais a hora dos bebês nascerem, mas que ela deveria aprender a lidar com sua ansiedade e que estaríamos ao seu lado para ajudar no que fosse preciso até o nascimento de seus filhos. Sentimos que estávamos atendendo aos chamados e respostas de R.G.

No próximo contato, depois do fim de semana ficamos sabendo que R.G havia dado à luz no sábado; então resolvemos ir até o berçário a fim de encontrá-la junto aos seus bebês. R.G. ao nos ver disse que estava radiante de alegria, nos deu um abraço forte, contando que toda aquela angústia, medo e ansiedade que estava sentindo antes havia sumido; demonstrou muita emoção ao nos mostrar as suas filhas, que se encontravam dentro de encubadoras; ambas nasceram pesando 1Kg e 600g, com 7 meses de gestação e passavam bem. “R.G.” nos contou que teve parto normal e que tudo correu melhor do que ela esperava; disse que estava se sentindo  **muito bem**  e nos agradeceu diversas vezes pelo apoio que recebido. “R.G.” relatou: **“você foram muito importantes para mim, e me ajudaram no momento em que eu estava mais desesperada, obrigada...”**. Estabelecemos o verdadeiro encontro com R.G., pois tanto nós quanto ela nos disponibilizamos para que o mesmo acontecesse.

## PACIENTE C.P.

C.P. tem 35 anos, branca, nasceu no dia 30/10/1967, é procedente do bairro Roçado no município de São José, atualmente trabalha como auxiliar de cozinha em um restaurante; gestação de 13 semanas e 2 dias. A paciente foi admitida na triagem obstétrica no dia 26/11/2002, apresentando sangramento vaginal. Foi então encaminhada ao 4ª andar para investigar uma suspeita de aborto (gesta III, para II, abo O). Interagimos com C.P. em dois contatos.

No primeiro encontro, C.P. estava  **muito calada**  e uma  **expressão de extrema tristeza**  tomava conta do seu rosto. Relatou que naquele dia, durante o expediente de trabalho, perdera muito sangue pela via vaginal. Após o serviço, resolveu se dirigir ao hospital. Ao chegar na triagem obstétrica, foi atendida por uma médica, que sem ao menos esperar pelo

resultado do ultrassonografia, disse à “C.P.” que provavelmente ela teria **perdido o seu bebê**, e que seria então encaminhada ao 4ª andar para a realização de uma curetagem.

C.P. disse que ficou extremamente **deprimida com a notícia** que recebera da médica, pois apesar de já ter dois filhos, **gostaria muito de ter mais um**.

A paciente **chorava muito**, mas ao final de nossa conversa, disse que ainda tinha esperanças que o seu bebê estivesse bem, e com vida. E, que estava **ansiosa** para fazer no dia seguinte outra ultrassonografia, requisitada pela equipe médica da unidade.

No dia seguinte fomos estabelecer mais um contato com C.P. para saber como estava se sentindo e sobre o resultado da ultrassonografia; que com uma expressão de imensa felicidade, foi logo nos dizendo que estava tudo bem com o seu bebê, que o exame não apresentou nenhuma alteração na placenta; e, que foi orientada quanto à importância de fazer repouso durante a sua gestação. C.P. demonstrou estar muito aliviada e feliz com o resultado do exame, mas expressou uma **indignação** muito grande ao falar da médica que lhe atendeu na triagem.

A paciente conta que **chorou muito**, até saber o resultado do exame, e que agora está disposta a fazer qualquer coisa para garantir a saúde de seu bebê. Falou “...**me senti muito bem com o apoio de vocês, estava precisando colocar para fora o que sentia, sou agradecida pelo tempo que ficaram comigo**”. C.P. recebeu alta no dia 28/11/2002.

Estabelecemos o relacionamento com C.P., onde nos mostramos presentes e atentas aos seus chamados e respostas.

Durante a prática assistencial oferecemos um suporte às gestantes de alto risco em situação de crise, através de um acolhimento onde puderam tentar resolver, superar ou apenas tomar consciência de seu estado.

Entendemos que uma das formas de acolher, é estar disposto a escutar ao outro; uma escuta ativa, aberta e sem julgamentos; permitindo que a gestante falasse de sua história, de suas experiências e expectativas (BRASIL, 2001).

Demos às gestantes a certeza de poderem contar com a nossa ajuda em suas dúvidas, inseguranças e dor. A cada contato construíamos uma relação de troca, pelo qual também pudemos nos auto-conhecer e refletir sobre nossas fantasias, medos e emoções relacionados ao momento de gestar, bem como os mais variados sentimentos surgidos desta relação. Para tal, tivemos que nos desprender de nossos valores, a fim de conhecer a realidade da outra pessoa, que muitas vezes estava distante de nossas experiências de vida.



Sentimos, também, a necessidade de revisar na literatura algo que falasse sobre o tocar/toque, tendo em vista que o utilizamos como uma outra forma de acolher às gestantes, com quem interagíamos.

Para Levy (1993), o toque proporciona uma experiência do momento de vida atual, do hoje e do aqui; tanto de si mesmo como dos outros; sempre será lembrado pelo corpo e sempre acontece no agora. É através do toque que a pessoa fica atenta às suas sensações e ao acontecer isto, começa a ter consciência do agora e de suas emoções. Estar consciente implica em aceitar-se como realmente é ou está, sem se julgar ou reprimir suas sensações e sentimentos, para então, buscar alternativas próprias a fim de lidar com seu sofrimento ou estado de bem-estar.

Conforme o mesmo autor, há três tipos de fatos físicos aos quais se pode ficar atento: os fatos estritamente exteriores (contato pele a pele, beijo, carícias, etc.); fatos externos, que parecem atingir o interior da pessoa (olhar amoroso, aromas, etc.); e, os estritamente internos, onde o toque ou contato está totalmente dentro das pessoas (batimentos cardíacos, dor, cansaço, etc.). E, três tipos de consciência: a exterior, a externa-interna e a estritamente interna; todas envolvem um fato corporal, uma alteração no corpo ou uma espécie de toque, associados às sensações, que uma vez desenvolvidas através da atenção ao corpo, tornam-se necessárias para que a pessoa desenvolva um comportamento responsável e controlado, centrado no presente e possibilitando que viva de forma integral.

A partir da consciência de suas atitudes, sentimentos e emoções a pessoa terá maiores condições de se auto-controlar, porque a percepção de si que leva à consciência do seu estado tanto físico quanto emocional, possibilitando que o auto-controle venha a se tornar cada vez mais possível. Com isso, entendemos que os seres humanos são pelo menos potencialmente auto-dirigidos, podendo ser responsáveis e capazes de aprender a controlar o próprio comportamento (LEVY, 1993).

Ao tocar outra pessoa, também estamos tocando a nós mesmos no agora, pois trata-se de uma experiência mútua, que pode ser construtiva ou destrutiva, lembrando que ao tocar enviamos uma mensagem e recebemos uma resposta de volta; para cada toque há um toque correspondente, seja a maneira pela qual nós tocamos: por palavras, mão, olhar, gestos. Para nós, o toque é uma necessidade da vida, e por isto que o utilizamos em nossa prática com as gestantes, certas de que em determinados momentos conseguimos através dele, dizer mais e o que realmente necessitavam ouvir no momento.

Consideramos como tendo cumprido o objetivo, haja vista que prestamos assistência às gestantes de alto risco em situação de crise; inclusive interagindo com um número maior de pacientes ao inicialmente proposto.

**Objetivo 4:** *Propor oficinas e grupos de debates junto à equipe de saúde envolvida no cuidado da gestante de Alto Risco.*

Para a realização das oficinas apresentamos aos profissionais, no período de adaptação do grupo à instituição e à Unidade de Obstetrícia (4ºA), a nossa proposta e discutimos com os mesmos quanto à viabilidade de alcançarmos este objetivo. A maioria aceitou bem a proposta e ressaltaram a importância de se criar um espaço e uma prática de cuidar das pessoas que cuidam de outras pessoas, ou seja, reservar um espaço para que os integrantes da equipe de saúde, de forma sigilosa, pudessem compartilhar, trabalhar ou elaborar suas dificuldades cotidianas, visando, assim, cuidar de sua saúde mental. Acreditamos que desta forma contribuímos para a melhoria do cuidado prestado às pacientes, começando pela humanização da equipe de saúde. O que foi ao encontro da proposta da instituição, que ora iniciara um programa de humanização; porém segundo relatos dos profissionais que participaram do programa, o método que o hospital usou, era cansativo e embora teoricamente tivesse como objetivo implantar a humanização, foi pouco eficiente, pois, não lhes deram um espaço para se expressarem, como o fizemos nas oficinas realizadas. Neste período, após consultarmos todas as equipes (cada dia era uma equipe de técnicos e auxiliares diferente, com exceção da enfermeira), concluímos que não haveria necessidade de elegermos um dia em especial para o levantamento das temáticas para as oficinas. Entre os dias 21/10 e 25/10, colocamos cartazes no posto de Enfermagem das unidades A e B e reunimos as equipes, diariamente, para convidá-las a participarem da oficina tipo A, que iniciaria no dia 28/10 até 01/11, às 11:00h; onde ficou combinado que proporíamos vivências que visassem trabalhar questões de ordem pessoal (depois grupal na próxima oficina); tendo em vista que não surgiu nenhuma temática específica de interesse do grupo, além da necessidade que mostraram em ter um espaço para expressarem seus sentimentos, dificuldades, entre outros, a debater um assunto. Da mesma forma, entre os dias 04/11 e 08/11 convidamos a todos para participarem da oficina tipo B, que aconteceria do dia 18/11 ao dia 22/11. Chamamos as oficinas desta forma, tipo A e B, pois cada uma tinha objetivos distintos e deveria acontecer de forma seqüencial; primeiro a do tipo A, depois a do tipo B.

Conseguimos um espaço na unidade A (tratava-se de um quarto de pediatria que estava desativado) para a realização das oficinas, onde o arrumamos a fim de aproveitarmos melhor o espaço, oferecendo um melhor conforto durante as oficinas (utilizamos os colchões pediátricos como se fossem colchonetes).

Foram realizadas um total de seis oficinas, cinco do tipo A e uma do tipo B, conforme os relatos a seguir:

### **1ª Oficina/tipo A: (28/10 a 01/11)**

Como no quarto existiam berços que não estavam sendo usados, organizamos os mesmos num canto. Os colchões contidos em cada berço, foram colocados no chão, de maneira que formassem um círculo. A sala foi limpa e então colocamos um aparelho de som com músicas relaxantes, a fim de proporcionar um ambiente agradável.

O horário foi escolhido de acordo com a disponibilidade dos funcionários das 2 unidades; e, o início das oficinas ficou estabelecido às 11:00h.

No dia da oficina, ao lembrarmos os profissionais do início desta, observamos todo o tipo de reação por parte dos mesmos. Desde a total indiferença, passando pela curiosidade, rejeição e resistência quanto à participação nas oficinas:

**“...tenho muitas coisas para fazer...”**

**“...tenho que sair às 11:30h para almoçar...”**

**“...vai demorar muito para acabar?...”**

**“...o que vamos fazer lá dentro?...”**

**“...já participei de outros cursos e não gostei...”**

**“...acho que não vou!”**

O incentivo da Enfermeira Marlise, de plantão neste dia, foi de fundamental importância para a participação dos funcionários. Alguns pareciam estar indo por pura obrigação. Num primeiro momento, estranhamos a atitude das equipes, mas entendemos que por se tratar de algo novo/diferente, tal reação estava coerente ao desconhecido; embora a maioria tivesse aceitado a proposta. No total realizamos esta oficina por cinco dias, com uma média de 6 funcionários.

### *Relatando a técnica da oficina*

À medida que os funcionários iam chegando no quarto, pedimos para que se sentassem nos colchões e ficassem à vontade.

No primeiro momento, fizemos um breve comentário sobre o nosso trabalho de prática assistencial, dando enfoque à importância do bem estar e estar melhor do indivíduo- cuidador.

Ligamos então o som, e sugerimos que todos fizessem um alongamento, fechamos os olhos, enquanto uma das acadêmicas foi conduzindo a oficina.

Neste momento pudemos observar que a maioria dos funcionários aproveitou para se deitar no colchão e relaxar, tentando concentrar-se na atividade. Outros porém, permaneceram sentados no colchão com os olhos abertos, como se estivessem desconfiados.

A dinâmica de grupo foi realizada através da sensibilização individual, procurando obter um encontro consigo mesmo, levando as pessoas a refletir sobre questões pessoais e seus enfrentamentos.

No segundo momento, aproveitando a sensibilização anterior, aplicamos outra dinâmica.

Utilizamos como técnica, o conto de uma história que reportava a reflexão de valores e qualidades individuais que muitas vezes estão esquecidas. Para representar simbolicamente estes valores e qualidades, utilizamos o que chamamos de sementes. As sementes foram representadas por pequenos papéis contendo palavras de ordem como: **amor, união, humildade, companheirismo, tranquilidade, força**, entre outras, que totalizaram **86** palavras, e foram colocadas num saquinho juntamente com ervas e chás aromáticos. Este saquinho foi repassado para cada pessoa do grupo para que as mesmas pudessem retirar um papelzinho com sua respectiva palavra/semente.

Foi aberto então, um espaço para que cada um pudesse expressar seus sentimentos em relação à semente colhida; o que possibilitou a troca de experiências entre os participantes.

Surgiram manifestações como:

**“...eu não quero falar a respeito da semente que peguei...”**

**“...nossa! Essa semente era tudo o que eu estava precisando...”**

**“...realmente estou precisando ser mais prudente comigo mesma, preciso cuidar mais de mim...”**

Entre outras manifestações, tiveram pessoas que aproveitaram para exteriorizar seus sentimentos. Alguns choraram, outras falaram sobre os seus problemas. E, tiveram aquelas que permaneceram em silêncio, parecendo estar refletindo sobre sua vida.

As oficinas duraram em média 50 minutos, e sua finalização se deu de forma espontânea e por iniciativa do próprio grupo.

Ao final, nos reunimos com um abraço coletivo que emocionou a todos. Neste momento, os participantes agradeceram ao grupo pela oficina, surgindo comentários como:

**“...obrigado, foi um momento muito bom...”**

**“...foi ótimo, obrigado por nos proporcionar essa oficina...”**

**“...nós sabemos de tudo isso, mas precisamos de momentos como esse para refletirmos...”**

**“...vocês nos deram um presente que nunca ninguém nos deu antes; as pessoas vêm aqui, aprendem conosco e no último dia nos trazem um bolo...”**

**“...esta oficina é uma oficina da alma; a gente sai de outra forma; faz a gente pensar e mexe com as emoções...”**

O grupo observou, que apesar da resistência inicial por parte dos funcionários em participar da oficina, todos saíram muito satisfeitos e sensibilizados, dizendo que adorariam participar de outras.

Ao término da primeira etapa das oficinas, deixamos um cartaz em cada unidade contendo um saquinho de sementes e os seguintes dizeres: “colha e cultive suas boas sementes”, para que os funcionários pudessem, durante o seu dia a dia e quando sentissem necessidade, colher uma semente que os fizesse refletir sobre suas situações pessoais.

## ***2ª Oficina/tipo B: (18/11)***

Utilizamos a mesma estratégia da 1ª oficina (tipo A) para convidar as pessoas a participarem (uma semana antes da realização das oficinas, elaboramos 2 cartazes, que foram fixados no mural de recados das 2 unidades do 4º andar, convidando a equipe de saúde e demais profissionais a participarem das oficinas a serem realizadas diariamente, durante toda a semana às 11:00h no quarto 2 da unidade A).

O objetivo desta oficina era de proporcionar às pessoas, a partir da sensibilização individual (do encontro consigo mesmo), uma experiência de se relacionar com os outros

integrantes do grupo de forma diferente da habitual, através de vivências corporais, usando os sentidos e evitando a expressão verbal; de onde surgiram questões pessoais a serem compartilhadas e enfrentadas no grupo.

No primeiro momento, uma integrante do grupo das acadêmicas coordenava a dinâmica e as demais interagiam com o restante do grupo, ao som de músicas instrumentais de ritmos adequados às diferentes etapas propostas; a técnica usada era a de pedir para que as pessoas andassem pela sala, prestando atenção ao ambiente (espaço, luminosidade...), em si mesmo (como estava se sentindo, áreas corporais tensas,...) e em quem estava integrando o grupo (quem são, tentar perceber como estão se sentindo); depois pediu-se para que vendassem os olhos com tiras confeccionadas de ataduras; e, com os olhos fechados, continuassem a andar pela sala, sendo que ao se encontrar corporalmente com outra pessoa, formassem uma dupla (uma de costas para outra) e comesçassem a dialogar usando o corpo e as sensações, a andar com os braços entrelaçados na mesma posição, sem falar; num outro momento que trocassem de dupla; mais tarde, que fossem formando um círculo, com os braços entrelaçados e que tentassem perceber a energia do grupo que se formou, bem como se sentiam neste grupo maior; (sendo que as pessoas começaram a se abraçar espontaneamente ainda de olhos vendados), sugeriu-se que fossem tirando as vendas e se olhassem, sentando-se formando um círculo.

Então, abriu-se um espaço para que cada um pudesse expressar seus sentimentos em relação à vivência; o que possibilitou a troca de experiências entre os participantes e o resgate das sementes trabalhadas na primeira oficina.

Por último, realizou-se uma dinâmica de relaxamento, a pedido do grupo.

Surgiram manifestações como:

**“... é difícil ficar sem falar...”**

**“... consegui identificar algumas pessoas...”**

**“... achei interessante conversar através do corpo...”**

**“... às vezes é mais fácil andar sozinho...”**

**“...prestamos pouca atenção nas coisas, nas pessoas e em nós...”**

Contudo, apesar do interesse das equipes em dar continuidade às oficinas anteriores, foi realizada apenas uma, com 4 funcionários das unidades A e B, devido à dificuldade das equipes em participar pela falta de funcionários, unidade tumultuada e, ainda, pela perda do

espaço conquistado (quarto 2 da unidade A), que passou a ser usado para guardar móveis destinados à nova maternidade.

Consideramos como objetivo cumprido, pois proporcionamos às equipes o que estavam necessitando enquanto realizamos nossa prática aplicada, contribuindo para o fortalecimento das relações entre os profissionais, ajudando a melhorar a auto-estima dos mesmos, bem como incentivando o cuidado à saúde mental dos trabalhadores de saúde. Apesar de termos perdido o espaço, onde daríamos continuidade às oficinas, entendemos o ocorrido como parte do processo que a instituição estava passando, relacionada à inauguração da nova maternidade, onde usaram-no para guardar móveis destinados à mesma.

**Objetivo 5:** *Participar de eventos que contribuam com o processo de ensino-aprendizagem, nas áreas de obstetrícia, psiquiatria e saúde mental.*

Pensamos que a participação em eventos nas áreas a fins ao Projeto Assistencial, sem dúvida tem muito a contribuir para o amadurecimento do grupo, bem como ampliar suas idéias. O grupo teve conhecimento de um evento “I Simpósio sobre a Relação Pais-bebê” (desde a vida intrauterina), promovido pelo Centro de Estudos Psicodinâmicos de Santa Catarina-CEPESC e pela Maternidade do Hospital Universitário- UFSC, realizado nos dias 29 e 30 de novembro de 2002, na cidade de Florianópolis; o qual uma acadêmica do grupo participou, tendo em vista que as demais tiveram dificuldades que as impossibilitaram de participar, (ANEXO A). Mesmo assim, avaliamos ter conquistado o objetivo, pois os assuntos trabalhados no referido simpósio foram compartilhados e discutidos com as acadêmicas que não puderam participar.

Destacamos deste simpósio o que veio de encontro com nosso estudo, bem como aos nossos propósitos:

Toda gravidez é uma situação de risco emocional para a mãe; pois, se configura num momento/período muitas vezes desconhecido, onde a mulher se entrega numa relação com o filho que está gerando, num empatizar com ele, como forma de nutriente necessário para que ele se desenvolva, o que inevitavelmente a colocará numa condição de regressão psicológica. E, neste momento (na gestação) a mulher pode reviver suas experiências intra-uterinas, aflorando/emergindo sofrimentos primitivos que se manifestam de forma inconsciente. É de suma importância oferecer um espaço para que a gestante expresse os sentimentos emergidos

deste estado regressivo, dirigindo um olhar mais atento a essa relação (mãe-filho) que ora se inicia.

Mulheres com uma personalidade mais narcisista, obsessiva e exigente enfrentam uma maior dificuldade em aceitar um mínimo de frustração durante a gestação e se proíbem de usufruir a gravidez mesmo que esta não apresente intercorrências graves. Uma abordagem a se oferecer é oportunizar que a gestante vivencie o seu momento de gestar, atenta as suas emoções, sentimentos e reações frente às dificuldades vivenciadas, onde terá a possibilidade de libertar-se de um ciclo de sofrimento inconsciente que possa se manifestar mais intensamente na gravidez.

Entendemos que a compreensão destes aspectos relacionados à gestação e uma atuação precisa, precoce e consciente por parte da equipe de saúde, trará uma maior interação com a paciente, visando uma estruturação do vínculo entre mãe e filho, oportunizando preventivamente a saúde de forma integral (biopsicosócio-espiritual) deste novo ser.

**Objetivo 6:** *Divulgar, no Curso de Graduação em Enfermagem, as possibilidades de novos campos de Assistência de Enfermagem Psiquiátrica*

Encaminhamos à coordenação da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica II uma proposta para a exposição do Projeto de Assistência de Enfermagem às gestantes de alto risco em situação de crise para os acadêmicos e professores da 7ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, a fim de alcançar este objetivo. Sendo que a resposta foi positiva, onde foram agendados a data, horário e local- 04/12/02; às 8:00h; CCS- sala 925. (ANEXO B)

Entendemos que este momento foi importante, pois oportunizou que se refletisse sobre: o cuidado de enfermagem, que ainda está votado ao modelo cartesiano/ biologicista, que exclui ou pouco considera os aspectos emocionais dos pacientes; a humanização do cuidado de Enfermagem; novos campos de atuação da Enfermagem Psiquiátrica, como em hospital geral; a saúde do cuidador (equipe de Enfermagem); a importância de não segmentarmos o cuidado, ora cuidando o paciente enfocando somente os aspectos biológicos, ora somente os emocionais. E, além destas reflexões, compartilhamos com alunos e professores: como surgiu a idéia do nosso Projeto Assistencial; a escolha do local; objetivos e a clientela com quem estávamos interagindo; a teoria escolhida; e, experiências vivenciadas até então. Destacaremos alguns relatos dos acadêmicos:



**“...então vocês juntaram a psiquiatria, a obstetrícia e a administração, não deve ter sido fácil! Muito boa a esta idéia...”**

**“...vocês prestavam outros cuidados?”**

**“...acho muito importante o trabalho de vocês, pois devemos humanizar a assistência de Enfermagem...”**

**“...a saúde mental não precisa de um local específico para ser trabalhada, muito boa a proposta de vocês...”**

Avaliamos ter cumprido o objetivo, com a divulgação de novos campos para atuação de Enfermagem Psiquiátrica, através da exposição do nosso Projeto Assistencial aos alunos e professores da 7ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, bem como de ter proporcionado uma reflexão sobre o cuidado de Enfermagem.

### ***Atividade Realizadas e não previstas***

#### ***- Interagir com pacientes não gestantes da Unidade Obstétrica:***

Habitualmente éramos solicitadas por integrantes da equipe de saúde a interagir com pacientes internadas para tratamento e/ou diagnóstico de problemas ginecológicos que demonstravam estar em crise; o fizemos desde que não interferisse negativamente na Prática Assistencial a qual estávamos desenvolvendo/aplicando. No total interagimos com 8 pacientes, proporcionando-lhes em conjunto com a equipe um cuidado mais holístico e humanizado; e, com isto, ficamos confiantes de que a semente lançada à equipe já estava germinando para esta forma de cuidado.

#### ***- Atividade educativa com grupo de puérperas:***

Através de uma paciente que permanecera no hotelzinho da Unidade Obstétrica, após ter ganho um recém-nascido pré-termo e que havia interagido com uma das acadêmicas quando estava internada por apresentar uma gestação de alto risco, foi comunicada a necessidade dela e das demais puérperas de se abordar o tema sobre: contracepção. Participaram 4 puérperas; foi utilizado material educativo, como desenhos, além de troca de experiências.

#### ***-Confecção de dois cartazes “Retire e cultive suas boas sementes”:***

Após a realização da primeira oficina, sentimos a necessidade de deixar algo para as equipes que tivesse ligação direta com as mesmas, proporcionando a continuidade de sua

proposta; dentre outras, a importância de estar atento a si mesmo, revendo diariamente as sementes/sentimentos que necessitassem ser cultivadas, regadas ou desencharcadas, na busca do seu estar melhor e bem-estar cotidianos. Os mesmos continham a frase: **Retire e cultive suas boas sementes**, abaixo um saco de tecido, que continha ervas e tiras de papel com palavras/sementes/sentimentos, que deveriam ser retirados e colocados de volta. Foram colocados na porta da sala de lanche de cada unidade (A e B) e os cartazes foram deixados nas respectivas unidades.

No início do plantão, diariamente, os integrantes das equipes de saúde retiravam quantas sementes julgassem necessárias. Dentre tantas falas destacamos:

**“...hoje quero ver qual a semente que estou precisando, para ter um dia melhor...”**

**“...olha que interessante, tirei exatamente o que precisava, vou cultivá-la bem; pois é o que pode me ajudar...”**

**“...não estou me sentindo bem, acho que preciso rever minhas sementes...”**

#### ***-Atendimentos individuais aos profissionais de saúde da unidade obstétrica:***

Surgiu ao longo da prática assistencial a necessidade de alguns integrantes da equipe de saúde em trabalhar, em âmbito individual, determinadas situações de vida que estavam causando-lhes algum mal-estar, desconforto ou preocupações emocionais. No entanto, apesar de não planejada esta atividade, de forma alguma não deixamos de atender a esta solicitação, a qual julgamos de suma importância para reforçar a proposta de humanização a que nos propusemos a trabalhar. No total foram realizados quatro atendimentos individuais a dois profissionais de saúde da unidade obstétrica, no horário de lanche e em momentos de menos agitação na unidade correspondente.

#### ***-Interação com a família:***

Quando os familiares estavam presentes, visitando ou acompanhando as gestantes, aproveitávamos para interagir com os mesmos, a fim de nos colocar à disposição no que lhes fosse preciso (esclarecer dúvidas ou dar alguma forma de apoio emocional frente à necessidade da gestante em permanecer internada); e, até mesmo, para observar a interação da paciente com sua família, além de nos apresentar e conhecê-los. Em dois casos, no momento da alta hospitalar, realizamos atividades educativas enfocando cuidados com medicação, pois

as pacientes tiveram prescrição médica de medicação por via subcutânea, em nível domiciliar, o que entendemos ser de suma importância envolver os familiares neste cuidado.

***-Troca de informações com estagiária de Psicologia (UNIVALE) e doutorandos de Medicina (UNIVERSIDADE DA BOLÍVIA):***

Durante a Prática Assistencial Aplicada buscamos trocar informações sobre o nosso trabalho e o estado das pacientes que estávamos acompanhando com outros integrantes da equipe de saúde da Unidade Obstétrica. Muitas vezes fomos procuradas pelos mesmos, sobretudo os acadêmicos das áreas de psicologia e de medicina, que também achavam importante o trabalho em equipe, nos moldes da interdisciplinariedade. Em média nos reuníamos uma vez por semana, para discutir sobre as pacientes que eram atendidas por ambos. Institui-se espontaneamente o hábito da estagiária de psicologia de nos procurar antes de atender às pacientes, a fim de se interar ao que se passava com as mesmas. Foi uma experiência gratificante, pois percebíamos que estávamos sendo compreendidas em nossos propósitos, para realizar uma assistência humanizada.

***-Participação da unidade “B” nas oficinas:***

Inicialmente, tínhamos como objetivo propor oficinas junto à equipe de saúde envolvida somente no cuidado da gestante de Alto Risco, porém após o período de familiarização ao campo de estágio, percebemos que estava sendo feito um rodízio dos profissionais de ambas unidades (A e B), o que nos fez pensar ser importante envolver as duas equipes às oficinas, facilitando a adaptação das mesmas a esta nova rotina de trabalho, bem como o convívio entre os profissionais.

Queremos salientar o quanto nos fortaleceu a receptividade e os resultados obtidos com o nosso trabalho. Constatamos que o fato de tamanha facilidade em cumprir os objetivos propostos no projeto inicialmente apresentado, além de todos os outros não previstos e realizados, está diretamente ligado à carência absoluta deste tipo de assistência, que sem abandonar a técnica e o cientificismo, valoriza e estimula o cuidado integral, salienta a importância da saúde mental e emocional, resgata o “humano do humano”, fortalecendo os vínculos entre paciente e cuidador. Também ficou evidenciado, ante toda as experiências vivenciadas no campo de estágio e acima relatadas, que voltar o olhar do cuidado para aquele que cuida, é em nossa opinião, um caminho acertado em direção a verdadeira humanização do cuidado.

## 7 CRONOGRAMA

	Outubro	
Data	Tarefa	Turno
17/10	Apresentação do trabalho à equipe de saúde da unidade obstétrica do HRSJHMG, conhecer a equipe e interagir com a mesma.	Vesp.
18/10	Apresentação do trabalho à equipe de saúde da unidade obstétrica do HRSJHMG, conhecer a equipe e interagir com a mesma.  Participação da passagem de plantão;  Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Levantamento de temática para as oficinas e convite à equipe para participar da mesma (28/10 a 01/11).	Vesp.
21/10	Apresentação do trabalho à equipe de saúde da unidade obstétrica do HRSJHMG, conhecer a equipe e interagir com a mesma.  Participação da passagem de plantão;  Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Levantamento de temática para as oficinas e convite à equipe para participar da mesma (28/10 a 01/11).	Vesp.
22/10	Apresentação do trabalho à equipe de saúde da unidade obstétrica do HRSJHMG, conhecer a equipe e interagir com a mesma.  Participação da passagem de plantão;  Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Levantamento de temática para as oficinas e convite à equipe para participar da	Vesp.

	mesma (28/10 a 01/11).	
<b>23/10</b>	<p>Apresentação do trabalho à equipe de saúde da unidade obstétrica do HRSJHMG, conhecer a equipe e interagir com a mesma.</p> <p>Participação da passagem de plantão;</p> <p>Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;</p> <p>Levantamento de temática para as oficinas e convite à equipe para participar da mesma (28/10 a 01/11).</p>	<b>Vesp.</b>
<b>24/10</b>	<p>Apresentação do trabalho à equipe de saúde da unidade obstétrica do HRSJHMG, conhecer a equipe e interagir com a mesma.</p> <p>Participação da passagem de plantão;</p> <p>Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;</p> <p>Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;</p> <p>Desenvolver assistência.</p> <p>Levantamento de temática para as oficinas e convite à equipe para participar da mesma (28/10 a 01/11).</p>	<b>Vesp.</b>
<b>25/10</b>	<p>Participação da passagem de plantão;</p> <p>Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;</p> <p>Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;</p> <p>Desenvolver assistência.</p> <p>Levantamento de temática para as oficinas e convite à equipe para participar da mesma (28/10 a 01/11).</p>	<b>Vesp.</b>
<b>28/10</b>	<p>Participação da passagem de plantão;</p> <p>Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;</p> <p>Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;</p> <p>Desenvolver assistência.</p> <p>Realizar a 1º oficina (tipo A).</p>	<b>Vesp.</b>
<b>29/10</b>	Participação da passagem de plantão;	<b>Vesp.</b>

	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.  Realizar a 1º oficina (tipo A).	
30/10	Participação da passagem de plantão;  Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.  Realizar a 1º oficina (tipo A).	Vesp.
31/10	Participação da passagem de plantão;  Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.  Realizar a 1º oficina (tipo A).	Vesp.
	Novembro	
Data	Tarefa	Turno
01/11	Participação da passagem de plantão;  Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.  Realizar a 1º oficina (tipo A).	Vesp.
04/11	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.	Mat.

<b>05/11</b>	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.	<b>Mat.</b>
<b>06/11</b>	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.	<b>Mat.</b>
<b>07/11</b>	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.  Discussão da temática proposta pela equipe.	<b>Mat.</b>
<b>08/11</b>	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.	<b>Mat.</b>
<b>11/11</b>	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.  Convite à equipe para participar da 2º oficina (18/11 A 19/11).	<b>Mat.</b>
<b>12/11</b>	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.  Convite à equipe para participar da 2º oficina (18/11 A 19/11).	<b>Mat.</b>
<b>13/11</b>	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.  Convite à equipe para participar da 2º oficina (18/11 A 19/11).	<b>Mat.</b>  <b>e</b>  <b>Vesp.</b>
<b>14/11</b>	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;	<b>Vesp.</b>

	Desenvolver assistência.  Convite à equipe para participar da 2º oficina (18/11 a 19/11).	
<b>15/11</b>	<b>FERIADO</b>	
<b>18/11</b>	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.  Realização da 2º oficina (tipo B).	<b>Vesp.</b>
<b>19/11</b>	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.	<b>Mat.</b>
<b>20/11</b>	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.	<b>Vesp.</b>
<b>21/11</b>	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.	<b>Vesp.</b>
<b>22/11</b>	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.	<b>Vesp.</b>
<b>25/11</b>	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.	<b>Vesp.</b>
<b>26/11</b>	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;	<b>Vesp.</b>



	Desenvolver assistência.	
27/11	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.	Vesp.
28/11	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.	Vesp.
29/11	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.	Vesp.
	DEZEMBRO	
Data	Tarefa	Turno
02/12	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.	Vesp.
03/12	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as paciente;  Desenvolver assistência.	Mat.
04/12	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.	Vesp.
05/12	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;  Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes;  Desenvolver assistência.	Vesp.
06/12	Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira;	Vesp.

	Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes; Desenvolver assistência.	
<b>09/12</b>	Participação da passagem de plantão; Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira; Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes; Desenvolver assistência.	<b>Vesp.</b>
<b>10/12</b>	Participação da passagem de plantão; Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira; Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes; Desenvolver assistência.	<b>Vesp.</b>
<b>11/12</b>	Participação da passagem de plantão; Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira; Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes; Desenvolver assistência.	<b>Vesp.</b>
<b>12/12</b>	Participação da passagem de plantão; Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira; Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes; Desenvolver assistência.	<b>Vesp.</b>
<b>13/12</b>	Participação da passagem de plantão; Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira; Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes; Desenvolver assistência.	<b>Vesp.</b>
<b>16/12</b>	Participação da passagem de plantão; Acompanhamento da visita às gestantes com a enfermeira; Identificar as gestantes que necessitam de assistência e, eleger as pacientes; Desenvolver assistência.	<b>Mat.</b>

<b>17/12</b>	<b>Fechamento:</b>  Discussão e reflexão junto à equipe do Projeto Assistencial Aplicado	<b>Mat.</b>
--------------	--	-------------

- As atividades do turno vespertino foram desenvolvidas das 13:00 as 17:10h
- As atividades do turno matutino foram realizadas das 08:00 as 12:10h

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem de todos os tempos surgiu da necessidade de lidar com a pessoa, com o seu sofrimento, com a sua dor, sua angústia, sua aflição; bem como com as doenças, a miséria, a opressão, a ignorância, a falta de significado da vida.

Cada uma de nós, tanto na hora da opção pelo Curso de Enfermagem, como pela decisão de mantermo-nos nele, acordamos para o fato da existência do sofrimento humano, aqui, ali, dos outros, o meu, o nosso, no presente, no passado e no futuro.

Partindo desta consciência e de sua aceitação, ao escolhemos no universo da natureza feminina, o momento de gestar, de criar e sustentar a vida, para direcionar a nossa proposta de trabalho do cuidar, focalizamos a gestação de alto risco em mulheres em estado de crise, porque acreditamos que assistindo a estas mulheres neste momento de desequilíbrio e de dificuldade em lidar com sua experiência dolorosa, estaríamos possibilitando não só o seu estar melhor, e o seu bem-estar, como também poderíamos contribuir a prevenir a doença e promover a saúde integral de um novo ser que está por vir.

A escolha pela Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad, se deu pela grande identificação com a essência de seus pensamentos: promover uma Assistência de Enfermagem Humanizada, baseada no potencial criativo, na intuição, sensibilidade, num contexto assistencial permeado por uma atmosfera de troca, respeito às individualidades e experiências pessoais dos seres envolvidos na relação do cuidado. Para tanto, alertamos quanto à necessidade de o profissional ter um espaço para trabalhar seus sentimentos frente às questões advindas desta forma de cuidado.

Enfatizamos, ao término deste trabalho, nossa intenção em além de proporcionar uma assistência direta à gestante de alto risco em crise, também de semear junto aos profissionais

## 9 SUGESTÕES

Acreditamos que com este trabalho pudemos demonstrar na prática, a possibilidade real da implantação e desenvolvimento de uma assistência de enfermagem humanizada, voltada também aos aspectos emocionais e saúde mental de paciente e cuidador. Gostaríamos de <sup>s</sup>sugerir à instituição que nos possibilitou a realização deste trabalho, avaliar a possibilidade de ampliação de seu quadro funcional, com a contratação de mais profissionais, aliviando a sobrecarga de trabalho imposta pela falta de pessoal e melhorando desta forma a qualidade da assistência prestada. Pensamos que não basta apenas implementar um programa de humanização e acreditar que isto por si só possa alcançar os resultados de uma assistência humanizada. É necessário pensar em investir em recursos humanos, capacitando seus profissionais, oferecendo supervisão e educação continuada, abrindo espaço para discussões, estimulando, aproveitando e valorizando os profissionais já existentes, celeiros de idéias e experiências, que têm muito a contribuir para a solidificação de uma verdadeira humanização do cuidado. **Cuidar de quem cuida é o primeiro passo para assistir de forma humanizada àquele que adoece.**

## REFERÊNCIAS

ATALLAH, A. N. Infecção do Trato Urinário. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J. A.; VALLE, J. R. (Org.). **Atualização Terapêutica: Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento**. 20. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001. p. 788-792.

BADINTER, E. **Um amor conquistado : O mito do amor materno**. 6. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BALLONE, G. J. **Da emoção à lesão**. 2001. Disponível em: <<http://www.uol.com.br/gballone/psicossomática/raiva.html>>. Acesso em: 2 fev. 2003.

BARRETO, E.; ANCHIETA, J. **A outra margem: Filosofia, Teorias de Enfermagem e cuidado humano**. Fortaleza: Casa de José de Alencar, programa editorial, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Técnico: Assistência Pré-Natal**. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Guia de tratamento: recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Série Manuais; nº 46. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CARLINI, E. Fatores Psicoativos nas Relações Humanas na Sociedade Contemporânea: Uma visão de um Psicofarmacologista. In: BASTOS, F.; GONÇALVES, O. (Org.). **Só socialmente...** Rio de Janeiro: Relume do Mará, 1992. p. 102-107.

CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

CORRÊA, M. D. Parto Pretermo. In: REZENDE, J. (Org.). **Obstetrícia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 800-816.

FENILI, R.; SANTOS, O. M. B. **Analisando a Teoria Humanística de Paterson e Zderad para vislumbrar a Enfermagem como diálogo vivo**. Nursing-Revista Técnica de Enfermagem. Rio de Janeiro: nº 39, 2001. p. 30-34.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GREGÓRIO, V. R. P. Doença hipertensiva específica da gestação. In: OLIVEIRA, M. E.; MONTICELLI, M.; SANTOS, O. M. B. (Org.). **Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: Textos Fundamentais**. Florianópolis: UFSC, CCS, 1999. p.144-156.

\_\_\_\_\_. Acidentes placentários- placenta prévia e descolamento prematuro de placenta. In: OLIVEIRA, M. E.; MONTICELLI, M.; SANTOS, O. M. B. (Org.). **Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: Textos Fundamentais**. Florianópolis: UFSC, CCS, 1999. p.176-186.

GUIMARÃES, S. S. **A Hospitalização na Infância**. Revista Quadrimestral do Instituto de Psicologia. Brasília, nº2, 1988. p. 102-112.

KAPLAN, G; SADOCK, L. **Comprehensive Text Book of Psychaitry**. 6. ed. [s.l.], 1995.

LANDON, M. B.; GABBE, S. Diabete melito. In: BARRON, W. M.; LINDHEIMER, M. D. (Org) **Complicações Médicas na Gravidez**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 55-58.

LEVY, Ronald B. **Só posso tocar você agora**. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.

LOWEN, A. **Prazer : Uma abordagem criativa da vida**. São Paulo. Círculo do Livro, 1970.

MACLEAN, P. D. **Evolucione del cervello e comportamento umano**. Torino: G. Einaudi Editor, 1984.

MALDONADO, M.T.; NAHAUM, J.; C. DISCKEIN, J. **Nós Estamos Grávidos**. Rio de Janeiro: Block, 1990.

MARINO JR., R. **Fisiologia das Emoções: Introdução à Neurologia do Comportamento, Anatomia e Funções do Sistema Límbico**. São Paulo: Sarvier, 1975.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

\_\_\_\_\_. Doença Hipertensiva Específica da Gestação: Pré-Eclâmpsia/Eclampsia. In: REZENDE, J. (Org.). **Obstetrícia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 598-643.

OLIVEIRA, M. E. **Cuidando- aprendendo Enfermagem com amor: uma experiência dialógica com mães/recém- nascidos pré-termo**. Dissertação de Mestrado do Curso de Enfermagem, Florianópolis, UFSC, 1998, 120 p.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática- Clínica e Prática Hospitalar**. São Paulo: Tempo, 1996.

RAMOS, J. G.; MARTINS-COSTA, S. H. Parto Pré-termo. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em Obstetrícia**. 3. ed. Porto alegre: Artes Médicas, 1997. p. 119-129.

RANÑA, W. **Aspectos Psicossociais da Assistência à Criança Hospitalizada**. Revista do Centro de Estudos Profº Pedro de Alcântara/Instituto da Criança do Hospital das Clinicas da FMUSP, São Paulo, 1988. p.17-20.

REZENDE, J. Descolamento Prematuro da Placenta. In: REZENDE, J. (Org.). **Obstetrícia** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 743-752.

\_\_\_\_\_. Placenta Prévia. In: REZENDE, J. (Org.). **Obstetrícia** (Org.). 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 722-742.

\_\_\_\_\_. A Gravidez. Conceito. Duração. In: REZENDE, J. (Org.). **Obstetrícia** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 108-115.

ROCHA, M. L.; REICHEL, Â. J. Diabetes melito. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em Obstetrícia**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 294-307.

SANTOS, O.M. B. Ameaça de Parto Prematuro. In: OLIVEIRA, M. E.; MONTICELLI, M.; SANTOS, O. M. B. (Org.). **Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: Textos Fundamentais**. Florianópolis: UFSC, CCS, 1999. p. 156-165.

SCÓZ, T. M. X. **Suporte Interpessoal de Enfermagem: Uma Alternativa Metodológica no Atendimento em Situações de crise**. Dissertação de Mestrado do Curso de Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, UFSC, 2001.

SOIFER, R. **Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness**. Tradução de Dayse Batista. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TEDESCO, J. Júlio de A. **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo: Atheneu, 1999.

THOMPSON, E. D.; ASHWILL, J. W. **Uma Introdução à Enfermagem Pediátrica**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

TRENTINE, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999.

ZAMPIERI, M. F. M, **Manejos na Assistência à Gestação de Alto Risco**. Nursing-Revista Técnica de Enfermagem. nº 48, 2002. p. 18-23.

ZIEGEL, E.; CRANLEY, M. **Enfermagem Obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Interamericanas, 1985.

ZUGAIB, Marcelo; TEDESCO, J. Júlio de A.; GUAYLE, Julieta. **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997.



**ANEXOS**

**ANEXO A**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HOSPITAL  
AMIGO DA CRIANÇA  
PRÊMIO GALBA 2000

## CERTIFICADO

Certificamos que PATRICIA MARY BRITSOH HAIDUA

participou do

**Iº SIMPÓSIO DA RELAÇÃO PAIS – BEBÊ**, realizado em

Florianópolis, SC, em 29 e 30 de novembro de 2002.

Mabel F. R. Antez

Presidente do CEPSC

Elanice Dissau

7/ Diretor da Maternidade do H U

## **ANEXO B**

## REQUERIMENTO

**Ilma. Sra. MARIA INÊS BEZ KROEGER**, Coordenadora da Disciplina de Enfermagem Psiquiátrica II do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina:

O grupo de orientandas da Profª Rosângela Fenili, da oitava fase do Curso de Graduação de Enfermagem/UFSC, vem respeitosamente requerer a possibilidade de expôr aos alunos e professores, do curso de Graduação em Enfermagem, na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica II, o projeto de assistência de conclusão de curso, a fim de divulgar as possibilidades de novos campos de Assistência de Enfermagem Psiquiátrica.

Nestes termos  
Pede deferimento  
(Florianópolis, 15/10/02)

Carolina Lunardi Cureau  
Francine de Mattos Evaldt  
Giselda da Piedade Gionedes  
Patrícia Mary Fritsch Haiduk

## **ANEXO C**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O presente relatório da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada atende os requisitos solicitados.

Este trabalho será uma fonte de consulta muito importante para outros grupos que desejarem atuar nesta área.

18.02.03